RAPPORT NATIONAL - CANADA

ÉTUDE DÉCENNALE DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS

Présenté au

Directeur exécutif de l'UNICEF, en vue de la session extraordinaire
de l'Assemblée générale de l'ONU, qui se tiendra
du 19 au 21 septembre 2001

Canada

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos ii

1. Les enfants du Canada des années 1990 1

2. Processus de l'étude de fin de décennie 4

3. Mesures prises à l'échelle nationale et internationale 5

4. Progrès dans la survie, la protection et le développement des enfants 13
   - 4.1 État de la *Convention relative aux droits de l'enfant* 14
   - 4.2 Santé et hygiène 15
   - 4.3 Sécurité alimentaire et nutrition 19
   - 4.4 Condition de la fille et de la femme 20
   - 4.5 Éducation des enfants et bien-être de la famille 22
   - 4.6 Développement, éducation et alphabétisation des jeunes enfants 25
   - 4.7 Enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles 27
   - 4.8 Enfants dans des conflits armés et dans l'édification de la paix 30
   - 4.9 Protection de l'environnement 33

5. Leçons à tirer 35

6. Résumé 38

7. Annexes 39

AVANT-PROPOS

C'est avec plaisir que le Canada présente son rapport national au directeur exécutif de l'UNICEF, en vue de la session extraordinaire sur les enfants de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies, qui se tiendra à New York du 19 au 21 septembre 2001. Le Canada, à titre de pays responsable de la tenue du Sommet mondial pour les enfants, est résolu à atteindre les objectifs fixés et à réaliser les idéaux du Sommet. Il souhaite aussi procéder à l'établissement des secteurs prioritaires éventuels qui toucheront les enfants au cours du nouveau millénaire.

Le présent rapport fait état des progrès réalisés par le Canada dans l'atteinte des objectifs établis lors du Sommet mondial pour les enfants en 1990. Il a été élaboré selon les directives qui touchent la préparation de rapports par les pays et qui ont été émises en 2000 par le directeur exécutif de l'UNICEF. Comme le stipulent ces directives, la structure et le contenu du rapport du Canada visent à établir des comptes rendus aux termes des traités internationaux tels que la *Convention relative aux droits de l'enfant*, les principaux plans d'action et exercices de comptes rendus des Nations Unies, et les nombreuses initiatives nationales liées à la responsabilisation, au rendement du gouvernement et à la surveillance des résultats. Le rapport présente surtout un portrait des progrès réalisés par le Canada dans l'atteinte des objectifs du Sommet mondial pour les enfants; il s'est donc inspiré des autres exercices de comptes rendus sans pour autant faire double emploi avec ces derniers.

Le rapport ne recommande pas la prise en considération d'initiatives éventuelles pour la session extraordinaire sur les enfants. Le Canada va plutôt continuer de contribuer en participant de manière active au travail du comité préparatoire mis sur pied par l'Assemblée générale des Nations Unies en prévision de la session extraordinaire.

1. Les enfants du Canada des années 1990

Au cours des dix ans qui ont suivi le Sommet mondial pour les enfants, le Canada a pris une série de mesures pour améliorer le bien-être des enfants. À travers ces mesures et les efforts collectifs des Canadiens, le Canada a fait des progrès en ce qui concerne de nombreux objectifs fixés lors du Sommet. Il en a fait, entre autres, dans la réduction des taux de mortalité infantile et maternelle et la diminution de certaines maladies d'enfance, l'augmentation des taux de couverture vaccinale et l'amélioration de l'accès à l'information pour les enfants. Au terme de cette décennie, les Canadiens demeurent conscients que, malgré les importants succès remportés pour les enfants, il reste beaucoup à faire pour que les droits, le bien-être et le développement optimal des enfants du Canada et du reste du monde soient assurés.

La stratégie du gouvernement du Canada, en ce début du XXI[e] siècle, est axée sur les enfants et les jeunes, les connaissances et l'éducation, ainsi que la santé et l'environnement, dans le contexte des étapes préparatoires à la nouvelle économie. Parmi les efforts déployés en ce sens, on compte une augmentation des prestations versées pendant les congés de maternité et les congés parentaux, l'élaboration d'une entente fédérale-provinciale visant un plus grand soutien à l'égard du développement des jeunes enfants, la mise en place d'allégements fiscaux qui permettront aux familles avec enfants d'avoir plus d'argent, une augmentation du nombre de milieux de travail favorables à la famille, la modernisation du droit de la famille, des investissements importants en ce qui a trait à la Prestation nationale pour enfants, le renforcement des possibilités d'apprentissage par l'expansion du Réseau scolaire (RESCOL) et l'apport d'une attention spéciale à l'égard de la politique étrangère liée aux droits de l'enfant au Canada et de l'aide publique au développement. Certains de ces éléments sont décrits en détail ci-dessous.

Au cours des années 1990, le gouvernement du Canada a pris des mesures pour améliorer le bien-être des enfants, notamment un nouvel ensemble de lois et une modification législative, des stratégies politiques et des plans d'action, des mesures fiscales qui profitent aux familles, des ententes avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, de nouveaux programmes améliorés et des initiatives de partenariat avec les secteurs bénévole et privé. Le présent rapport fournit une brève description de certaines des mesures importantes qu'a adoptées le gouvernement du Canada.

De plus, au cours des années 1990, les gouvernements fédéral et provinciaux ont travaillé de concert afin de faire de l'investissement dans les enfants une priorité nationale. Cette coopération entre les gouvernements au profit des enfants est un élément central du système de la Prestation nationale pour enfants (PNE) du Canada, du développement continu du Plan d'action national pour les enfants (PANE), et de l'initiative de développement de la petite enfance, qui a été lancée récemment*. Ces initiatives sont décrites en détail à la section 3 du présent rapport.

* Bien que partageant les mêmes préoccupations sur le développement de la petite enfance, le Québec n'adhère pas au présent document fédéral-provincial-territorial parce que certaines de ses sections empiètent sur ses compétences constitutionnelles en matière sociale. Le Québec entend préserver sa responsabilité pleine et entière pour développer, planifier, gérer et fournir des programmes visant le développement de la petite enfance. Conséquemment, le Québec s'attend à recevoir sa part de tout financement fédéral additionnel pour tout

À moins d'indication contraire, le rapport ne décrit pas les mesures qu'ont prises les gouvernements provinciaux, bien que leurs répercussions se reflètent dans l'ensemble des progrès réalisés pour les enfants canadiens au cours des années 1990. Il est également important de mentionner que les communautés et les groupes communautaires jouent un rôle important pour le bien-être des enfants au Canada.

Les progrès réalisés pour les enfants dans les années 1990 prennent place dans le contexte d'une forte volonté commune parmi les Canadiens, qui consiste à accorder une attention particulière au bien-être et au développement des enfants et de leur famille. C'est à la fois au sein de la législation nationale et des accords internationaux qui la soutenaient que les idées, les valeurs et le langage utilisés dans la *Convention relative aux droits de l'enfant* se sont de plus en plus répandus au cours des années 1990. Par exemple, la Convention a eu des conséquences sur l'élaboration de la législation touchant la prostitution enfantine, le tourisme du sexe lié aux enfants, le harcèlement criminel, la mutilation des organes génitaux de la femme tout comme le renouvellement permanent de la justice pour les jeunes. Aussi, les récents accords internationaux soutenus et promus par le Canada tels que le *Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant concernant la participation des enfants aux conflits armés*, le *Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant concernant la vente d'enfants et la prostitution et la pornographie infantiles*, la *Convention de La Haye sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale*, la *Convention sur l'interdiction de l'emploi, du stockage, de la production et du transfert des mines antipersonnelles et sur leur destruction*, la *Convention 182 de l'OIT sur l'élimination des pires formes du travail des enfants* et le *Protocole additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants* sont autant d'exemples d'actions internationales concrètes qui ont étendu et renforcé les engagements pris en vertu de la *Convention relative aux droits de l'enfant*.

Au début et au milieu des années 1990, les finances publiques canadiennes étaient menacées par les déficits budgétaires et par une forte dette publique. Cette situation représentait un risque pour les programmes sociaux et pour la qualité de vie des Canadiens. En conséquence, le gouvernement agit afin de revoir les dépenses publiques et d'établir des objectifs dans la réduction des déficits budgétaires. L'atteinte des objectifs de réduction des déficits fait en sorte que le gouvernement est à même de réaliser de nouveaux investissements en matière de dépenses publiques dans les secteurs sources de préoccupation pour les Canadiens.

Le système fédéral de gouvernement du Canada dont les pouvoirs constitutionnels sont partagés entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et la dualité de son système judiciaire, y compris les traditions du droit civil et de la common law, forment deux éléments clés qui influencent le processus de prise de décision du gouvernement. Au Canada, tous les paliers gouvernementaux et toutes les Premières nations ainsi que les parents, les familles, les communautés et les secteurs bénévole et privé jouent un rôle de premier plan pour assurer le bien-être des enfants. Pour un examen de la question touchant le système de gouvernement du Canada, le système judiciaire et les définitions des termes décrivant les peuples autochtones du Canada, voir l'annexe 2.

Le profil démographique en mutation du Canada influence également le contexte des mesures que prend le gouvernement pour les enfants et les familles. De façon particulière, avec un taux de natalité supérieur à la moyenne canadienne, les peuples autochtones au Canada représentent approximativement 3 p. 100 du total de la population canadienne, pourcentage qui a presque doublé à travers le pays au cours des quinze dernières années. En ce début de nouveau siècle, les enfants autochtones représentent donc la population qui connaît la plus forte croissance au Canada.

Héritage du Sommet mondial pour les enfants au Canada

Le Canada a été l'un des six pays responsables qui ont aidé l'UNICEF lors des préparations qui ont conduit au Sommet mondial pour les enfants de 1990. Le Canada était également heureux d'avoir l'occasion d'intervenir à titre de coprésident du Sommet, qui réunit les chefs d'État ou de gouvernement de 71 pays ainsi que les représentants ministériels de 88 autres pays. Après la ratification de la Déclaration et du Plan d'action du Sommet, le gouvernement du Canada a lancé un Plan d'action national, soit une initiative multisectorielle de cinq ans appelée *Grandir ensemble*. Cette initiative visait à combattre les conditions qui mettent les enfants en danger. L'initiative *Grandir ensemble* représentait un investissement gouvernemental de 500 millions de dollars sur cinq ans.

Le Canada a également réalisé un examen de mi-décennie en 1996, dans laquelle figurent les grandes lignes des efforts déployés depuis le Sommet pour en réaliser les objectifs. Cette étude a coïncidé avec une évaluation plus générale de l'initiative *Grandir ensemble* et elle a permis au gouvernement de mesurer l'incidence et l'efficacité de la gamme des initiatives figurant dans son Plan d'action.

Tout comme les nombreux programmes innovateurs lancés à la suite du Sommet mondial pour les enfants et qui demeurent partie intégrante de l'engagement en cours du Canada auprès de ses enfants, le legs le plus important et le plus durable du Sommet a été la ratification et la mise en œuvre de la *Convention relative aux droits de l'enfant*. Depuis la ratification de cette convention en 1991, le Canada a présenté un rapport périodique en vertu de la Convention, et la présentation de son second rapport aura lieu prochainement. Ces deux rapports traitent des mesures qu'ont prises les gouvernements fédéral et provinciaux, respectivement, jusqu'en 1993, puis de 1993 à 1997.

2. Processus de l'étude de fin de décennie

L'étude décennale qu'a effectuée le Canada relativement aux progrès réalisés depuis le Sommet mondial pour les enfants a pris la forme d'un processus dans le cadre duquel des organisations bénévoles ont pris part à la résolution de problèmes mettant en cause des enfants et où l'on a sollicité la participation des enfants et des jeunes. Le gouvernement fédéral a également invité les gouvernements provinciaux et territoriaux du Canada à participer au processus, par l'intermédiaire du Comité fédéral-provincial-territorial des représentants des droits de la personne. En particulier, les provinces et les territoires ont étudié le Rapport national du Canada et ont à quelques reprises fourni des renseignements supplémentaires, qui ont été insérés dans le Rapport ou dans une annexe (voir l'Annexe 3).

Afin d'inciter les organisations bénévoles de même que les enfants et les jeunes à participer à l'étude, le gouvernement fédéral a travaillé en partenariat avec deux organisations canadiennes, soit la Coalition canadienne pour les droits des enfants (CCDE) et Aide à l'enfance Canada. La CCDE dirigera un processus qui permettra aux organisations bénévoles de participer activement aux étapes préparatoires en vue de la session extraordinaire. Ces organisations établiront les priorités et les passeront en revue en prévision de la session extraordinaire, et elles contribueront à la mise en place du processus de formulation des prises de position à l'égard des questions qui seront traitées à la réunion. Ensuite, le gouvernement fédéral et Aide à l'enfance Canada, par divers moyens, dont la mise sur pied de groupes de discussion dans huit régions à travers le pays, la participation par Internet et l'intervention directe des jeunes à des réunions préparatoires ainsi qu'à la session extraordinaire de septembre 2001, visent à faire en sorte que les enfants et les jeunes Canadiens puissent exprimer leurs points de vue au cours de l'étude, et que, entre autres activités, ils puissent partager leur expérience avec d'autres jeunes au Canada après la session extraordinaire.

La plupart des données présentées dans ce rapport proviennent de l'une ou l'autre des enquêtes d'envergure fondées sur la population et réalisées au Canada, comme l'Enquête sociale générale, l'Enquête nationale sur la santé de la population, l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu ainsi que l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ). L'ELNEJ a été mise en place dans les années 1990, et l'on a recueilli les premières données en 1994; elle commence à fournir un portrait plus complet des problèmes auxquels font face les enfants, les jeunes et leur famille au Canada. De plus amples renseignements sur l'ELNEJ figurent à la section 3 du présent rapport.
Le présent document se fonde sur deux rapports canadiens rédigés selon les termes de la *Convention relative aux droits de l'enfant* et présentant une étude approfondie des mesures prises pour les enfants au cours des années 1990.

3. Mesures prises l'échelle nationale et internationale

De nombreuses initiatives importantes pour les enfants ont été lancées par le Canada depuis 1990, sous l'influence en partie de l'attention portée aux droits, au bien-être et au développement des enfants à la suite du Sommet. Le gouvernement du Canada, en accompagnant les efforts des parents, des communautés, des autres gouvernements et des secteurs bénévole et privé, a contribué à assurer le développement optimal des enfants. Depuis 1990, tous les gouvernements sont parvenus à exécuter certaines étapes essentielles pour les enfants. Ci-dessous se trouve une liste des actions qu'a entreprises le gouvernement du Canada. D'autres initiatives tout aussi importantes sont décrites dans les thèmes à la section 4, tandis que plusieurs nouvelles mesures primordiales le sont dans tout le rapport.

Action nationale pour les enfants

On peut choisir de nombreuses approches différentes pour améliorer le bien-être des enfants. C'est pourquoi les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont reconnu le besoin de mettre en œuvre une approche intégrée à l'égard des nombreux problèmes qui se posent aux enfants et aux familles. Au Canada, au cours des trois dernières années, les différents paliers gouvernementaux ont démontré qu'ils pouvaient unir leurs efforts afin d'aider les familles ayant des enfants. Ils ont également prouvé qu'ils pouvaient prendre des décisions visant à assurer les besoins fondamentaux des enfants pour leur permettre de devenir des membres en santé, actifs et instruits de la société.

Puisant dans la masse des travaux de recherche, des expériences et des conclusions provenant des experts et des organisations non gouvernementales, les gouvernements ont commencé à élaborer le Plan d'action national pour les enfants (PANE). Le PANE témoigne d'une coopération entre les différents gouvernements du Canada en vue d'assurer que tous les enfants du Canada aient les meilleures chances possible d'atteindre leur plein épanouissement. Dans une première étape de la mise en place du PANE, les gouvernements ont collaboré ensemble dans le but d'avoir une vision commune pour les enfants du Canada. Cette vision commune comprend les objectifs touchant l'ensemble des enfants du Canada, soit l'objectif de santé (physique et émotionnelle), l'objectif de sécurité et de protection, l'objectif d'apprentissage réussi et les objectifs d'engagement social et de responsabilité. La vision permet également d'établir six domaines où une collaboration entre les gouvernements peut contribuer à améliorer le bien-être des enfants. Il s'agit d'améliorer le développement dans la petite enfance, d'appuyer le rôle des parents et de renforcer la famille, d'améliorer la sécurité économique des familles, d'offrir des expériences d'apprentissage précoces et continues, de promouvoir l'épanouissement des adolescents et de créer des collectivités propices, sûres et exemptes de violence. Au printemps et à l'été de 1999, les gouvernements ont recueilli les commentaires des Canadiens par rapport à la vision qu'ils avaient du Plan national, et ils ont ainsi redéfini la vision pour les enfants de façon qu'elle reflète les commentaires transmis.

En 1996, le premier ministre du Canada et les premiers ministres provinciaux ont établi que la pauvreté infantile constituait une priorité nationale, et les ministres des Services sociaux ont enclenché le travail en mettant en place une prestation nationale intégrée pour les enfants. Il s'en est suivi que

l'initiative de la Prestation nationale pour enfants entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les Premières nations a été lancée en juillet 1998. L'initiative vise à aider à réduire la pauvreté chez les enfants et à la prévenir, à favoriser la participation au marché du travail en veillant à ce que le travail améliore toujours le sort des familles, et à réduire les chevauchements et les redondances en harmonisant les objectifs et les prestations des programmes et en simplifiant l'administration. Le gouvernement du Canada a contribué à la Prestation nationale pour enfants en majorant les prestations versées aux familles à faible revenu qui ont des enfants. De leur côté, la plupart des provinces et des territoires et les Premières nations modifient les prestations d'aide sociale versées aux familles qui ont des enfants, tout en s'assurant qu'elles reçoivent au moins le même niveau de soutien global du revenu. Les provinces, les territoires et les Premières nations réinvestissent les économies provenant de l'aide sociale dans des prestations et des services complémentaires destinés aux familles à faible revenu qui ont des enfants. De cette façon, la PANE fournit un niveau plus sûr et plus uniforme de soutien du revenu de base, des prestations et des avantages pour les enfants des familles à faible revenu à l'échelle du pays, que ces familles travaillent ou reçoivent des prestations d'aide sociale.

Le Canada effectuera donc un troisième investissement d'importance dans le programme de Prestation nationale pour enfants qui vise les familles à faible revenu ayant des enfants, ce qui portera la hausse totale annuelle des prestations fédérales aux enfants pour les familles à faible revenu à 2,5 milliards de dollars d'ici à 2004. Une fois que le plan sera entièrement mis en application, le gouvernement du Canada investira environ 9 milliards de dollars dans la prestation fiscale canadienne pour enfants, comparativement à environ 5 milliards de dollars en 1996. Les prestations fédérales aux enfants augmenteront à un maximum de 2 500 $ pour le premier enfant et à 2 300 $ pour chaque enfant supplémentaire. Les familles à revenu moyen recevront aussi un soutien accru. En tout, les changements dans les prestations fédérales aux enfants aideront neuf jeunes Canadiens sur dix.

Des travaux sont en cours en vue de traiter certains engagements pris récemment par le gouvernement du Canada relativement aux enfants et aux familles. Par exemple, à compter du 31 décembre 2000, les prestations de maternité et parentales passeront de six mois à une année complète, et la durée du congé offert aux parents adoptifs triplera : il passera de 10 semaines à 35 semaines. Les familles ayant des enfants seront admissibles à un allégement fiscal qui s'établira en moyenne à 27 p. 100 une fois les mesures annoncées dans le budget de 2000 et dans l'exposé économique d'octobre 2000 entièrement mises par place.

De plus, le 11 septembre 2000, les premiers ministres, sauf celui du Québec, ont émis le *Communiqué sur le développement de la petite enfance pour la réunion des premiers ministres*. Ce communiqué stipule que l'amélioration du développement de la petite enfance constitue une priorité nationale et confirme que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux acceptent de travailler ensemble pour améliorer les services et les mesures de soutien pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans. Cette initiative représente des mesures concrètes à l'égard du développement de la petite enfance, l'un des principaux secteurs de politique figurant dans le Plan d'action national pour les enfants. À l'appui de l'accord conclu par les premiers ministres, le gouvernement du Canada transférera au cours des cinq prochaines années 2,2 milliards de dollars aux provinces et aux territoires, par le Transfert canadien en

matière de santé et de programmes sociaux. Cette contribution, qui s'ajoute à celles des provinces et des territoires, sera investie dans les quatre grands domaines d'action suivants : promouvoir la santé durant la grossesse, à la naissance et au cours de la petite enfance, améliorer le soutien aux parents et aux familles, renforcer le développement de la petite enfance, l'apprentissage et la garde des enfants et renforcer le soutien des communautés.

Ces investissements se traduiront par un meilleur accès aux services de développement de la petite enfance comme les cours prénataux et les services d'accueil, les programmes préscolaires et les services de garde ainsi que l'information aux parents et le soutien familial. Chaque gouvernement provincial et territorial pourra adapter ses services de soutien au développement de la petite enfance afin de mieux répondre aux besoins des enfants canadiens. Peu importe le type d'investissement choisi, les gouvernements ont convenu de rendre compte publiquement de leurs investissements et des résultats qui en découlent touchant les enfants et les familles.

En s'appuyant sur des travaux de recherche montrant l'importance des investissements dans la santé le domaine social pour ce qui est des premières années de la vie, le gouvernement a présenté et amélioré un certain nombre d'initiatives visant à soutenir l'épanouissement des enfants canadiens. Les programmes fédéraux, tels que le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE), le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (PAPA) et le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), reconnaissent l'importance du développement des jeunes enfants, de la participation et de l'éducation venant des parents, des approches intersectorielles du bien-être des enfants, et des partenariats avec les autres gouvernements, les organismes non gouvernementaux et les communautés. Ces programmes communautaires touchent plus de 100 000 enfants et parents canadiens dans plus de 1 000 communautés chaque semaine.

Pendant les dix ans qui ont suivi le Sommet mondial pour les enfants, le Canada est devenu un chef de file relativement aux connaissances à propos du développement de la petite enfance. Par la mise en œuvre d'initiatives telles que l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), *Comprendre la petite enfance* et *Visions des services de garderie*, le gouvernement fédéral a élaboré des mécanismes de développement pour assurer la surveillance du développement de la petite enfance et pour aider les décisionnaires à déterminer quelles politiques et quels programmes soutiennent le mieux les enfants et leur famille.

L'ELNEJ est un programme de recherche qui fait le suivi de la santé et du bien-être d'un large échantillon d'enfants canadiens sur une longue période. Il fournira au gouvernement une meilleure compréhension des facteurs qui contribuent au développement sain des enfants, et il sera utilisé par les gouvernements pour concevoir et évaluer une gamme étendue de politiques et de programmes destinés aux enfants et à la jeunesse.

À l'échelle communautaire, le projet de recherche *Comprendre la petite enfance* met l'accent sur les enfants de moins de 6 ans et fait appel aux enseignants, aux parents, aux tuteurs et aux organismes communautaires. Il aide les collectivités à prendre le pouls de leurs enfants et à trouver des façons de

répondre à leurs besoins. Avec l'information ainsi produite, les collectivités peuvent mettre en œuvre des plans d'action précis qui aideront les enfants, avant qu'ils commencent l'école et, après, à réaliser leur plein potentiel. L'initiative *Visions des services de garderie* constitue un programme national de contribution à la recherche et au développement sur les garderies. L'objectif du programme est d'améliorer la qualité de l'aide à l'enfance en étudiant la pertinence, les résultats et le rapport coût-efficacité des meilleures pratiques de garderie et des modèles de prestation de services.

Tous les enfants canadiens doivent pouvoir partager les avantages collectifs de la réalisation des objectifs du Sommet mondial. Au cours de la dernière décennie, le gouvernement du Canada a travaillé à améliorer le bien-être des peuples autochtones, y compris les enfants autochtones. La *Politique sur les droits inhérents* (1995) reconnaît le droit des peuples autochtones à se gouverner eux-mêmes dans certains secteurs clés de responsabilité. En réponse au Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA), *Rassembler nos forces : le plan d'action du Canada pour les questions autochtones* (janvier 1998) vise à prolonger les partenariats, à consolider la conduite des affaires publiques autochtones, à développer de nouvelles relations financières entre les gouvernements et les institutions autochtones et à soutenir les communautés, les peuples et les économies. Parmi les mesures annoncées dans le document *Rassembler nos forces,* on trouve une Déclaration de réconciliation du Canada reconnaissant officiellement et déplorant les injustices historiques, une guérison de la communauté pour combattre les effets des sévices physiques et sexuels dans le système des pensionnats, un programme sur les langues autochtones, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves, des ressources pour augmenter le nombre de logements convenables dans les réserves et des ressources supplémentaires pour répondre aux insuffisances de l'équipement en aqueducs et en systèmes d'évacuation des eaux usées dans les réserves.

Le droit d'accès à l'information des jeunes à partir de nombreuses sources constitue un élément important de la *Convention relative aux droits de l'enfant* et des objectifs du Sommet mondial pour les enfants. Le gouvernement fédéral a contribué au respect de ce droit en créant RESCOL en 1993, effort fédéral-provincial-territorial visant à brancher toutes les écoles publiques canadiennes et toutes les bibliothèques publiques sur Internet à partir du 31 mars 1999. Cet objectif a été atteint, ce qui a fait du Canada la première nation du monde à brancher toutes ses écoles et toutes ses bibliothèques. Le projet a rassemblé les gouvernements provinciaux et territoriaux, les universités et les collèges, les associations scolaires, l'industrie de la technologie de l'information, ainsi que d'autres représentants du secteur privé. RESCOL améliorera l'accès des enfants canadiens à l'information et promouvra ainsi leurs droits, leur bien-être et leur développement.

Action internationale pour les enfants

Au cours de la décennie, les droits des enfants ont constitué une priorité au sein de la politique étrangère du Canada et de l'aide publique au développement. Le Canada a été l'un des chefs de file de la promotion des droits des enfants à travers le monde ainsi que de la survie et du développement des enfants et de leur protection contre l'exploitation et les sévices. Le Canada a apporté des changements en créant et

en soutenant des relations bilatérales constructives avec d'autres pays, au moyen d'efforts concertés avec des organismes internationaux tels que l'UNICEF, et en encourageant des partenariats à la fois avec les ONG canadiennes et celles des pays en voie de développement, et avec d'autres membres de la société civile. Les principales initiatives internationales que soutient le Canada sont celles visant la protection des enfants touchés par la guerre ainsi que la réduction de la pauvreté et de la dette dans les pays en voie de développement.

Le gouvernement du Canada continuera à s'engager auprès des enfants du monde. En avril 2000, le Canada et le Ghana ont parrainé conjointement la Conférence sur les enfants touchés par la guerre en Afrique de l'Ouest, qui a entraîné la production d'une déclaration complète et d'un plan d'action exhaustif traitant de la série de problèmes auxquels font face les enfants touchés par la guerre. Le Canada a présenté cette approche lors de la Conférence internationale sur les enfants touchés par la guerre, qui s'est déroulée en septembre 2000 à Winnipeg. À la suite de cette conférence, le gouvernement s'est engagé à assurer la mise en œuvre et le suivi efficaces et opportuns du *Programme pour les enfants touchés par la guerre* dont on a convenu à la réunion des ministres, à laquelle ont assisté plus de quarante ministres et représentants de 132 gouvernements. Le Canada a également convenu de mettre sur pied un comité directeur, qui serait composé des représentants du Ghana et de l'UNICEF et du représentant spécial du Secrétaire général pour la protection des enfants en période de conflit armé, afin d'entraîner l'expansion de l'élan international amorcé par la Conférence de Winnipeg à la session extraordinaire des Nations Unies sur les enfants de 2001 ainsi qu'au-delà de celle-ci. Le Canada représente l'un des six pays responsables du Sommet mondial pour les enfants, et il participe activement aux étapes préparatoires de la session extraordinaire des Nations Unies sur les enfants de 2001 et du nouveau programme mondial en faveur des enfants pour les dix à quinze prochaines années.

L'Agence canadienne de développement international (ACDI) joue un rôle important pour permettre au Canada de tenir ses engagements dans la promotion des droits et dans l'amélioration de la vie des enfants dans les pays en voie de développement en transition. De nombreux efforts en matière de développement sont déployés et ils représentent un avantage pour les enfants, car ils améliorent le bien-être de leur famille et de leur communauté. Le Canada appuie aussi les projets qui viennent en aide directement aux enfants. En 1996-1997, l'ACDI soutenait 156 projets (ayant des répercussions directes ou indirectes sur les enfants) dans les domaines de la santé de l'enfant et de la maternité, de la vaccination, de l'éducation de base, des carences en micronutriments et du renforcement des capacités et des institutions publiques en faveur de la *Convention relative aux droits de l'enfant*, et elle a amélioré la protection des enfants.

Les objectifs du Sommet mondial pour les enfants ont porté une attention particulière aux besoins humains fondamentaux des enfants, dont leur santé et leur nutrition. Depuis les années 1980, le Canada a été un grand défenseur de la vaccination sur le plan international et a déployé des efforts en faveur de la vaccination universelle et, en particulier, pour l'éradication de la polio et de la rougeole. Au cours des années 1990, le Canada a fourni chaque année approximativement 14 millions de dollars sous forme d'aide financière en vue des campagnes de vaccination internationales. De plus, l'ACDI poursuit sa lutte contre les maladies infantiles, comme le paludisme, la pneumonie et la tuberculose, par des méthodes

d'intervention rentables telles que des moustiquaires imprégnés d'insecticide contre le paludisme et l'amélioration de l'accès au diagnostic et au traitement des maladies. L'ACDI est également le cofondateur et le principal bailleur de fonds de l'Initiative pour les micronutriments, dont l'organisme est établi à Ottawa, le bailleur de fonds bilatéral le plus important pour mettre en œuvre des programmes d'enrichissement du sel en iode et un important bailleur de fonds pour enrichir les aliments de suppléments vitaminiques riches en vitamine A, en fer et en autres vitamines et minéraux partout dans le monde.

Le 5 septembre 2000, le ministre canadien de la Coopération internationale a fait connaître le plan *Les priorités de développement social : Un cadre d'action*, qui fait état de la façon dont le Canada renforcera la programmation dans quatre secteurs clés du développement social, soit la santé et la nutrition, l'éducation de base, le VIH/sida et la protection des enfants. L'égalité des sexes fait partie intégrante de chacun de ces secteurs importants. Le Cadre d'action permettra aussi de renforcer la programmation d'aide internationale du Canada en misant sur son expertise actuelle dans ces secteurs prioritaires et en utilisant des approches novatrices du développement. Au cours des cinq prochaines années, un montant de 2,8 milliards de dollars sera prévu au budget pour ces quatre secteurs.

Les enfants représentent un groupe clé qui bénéficie des éléments de la santé et de la nutrition, de l'éducation et du VIH/sida des Priorités de développement social de l'ACDI. Par exemple, l'ébauche pour examen du plan d'action en matière de santé et de nutrition sera fortement axée sur la nutrition et la santé des enfants. La relation bien connue qui prévaut entre un régime inadéquat et la maladie fait en sorte que la survie, la croissance et le développement des enfants nécessitent qu'on accorde une attention toute spéciale à l'amélioration de l'état nutritionnel de ceux-ci. Le Canada continuera de mettre en application les initiatives internationales en matière de santé telles que la *Global Alliance for Vaccines and Immunization* (GAVI), *Faire reculer le paludisme* et la *Global Stop Tuberculosis* (STB). Également, le Plan d'action de l'ACDI en matière de lutte contre le VIH/sida misera davantage sur les enfants atteints du VIH/sida, comme les orphelins. La programmation se consacrera en grande partie à la fourniture d'un toit et d'écoles, au soutien à l'égard de projets de développement de la petite enfance, au renforcement de réseaux dans les communautés d'enfants et à la promotion des meilleures pratiques, dont l'approche l'enfant pour l'enfant et les approches de recherche participatives. L'ébaucne pour examen du plan d'action en matière d'éducation de base, en plus de cibler les efforts déployés en vue d'éliminer la disparité entre les sexes d'ici 2005, se concentrera sur l'amélioration de l'accès à l'éducation primaire universelle et de la qualité de celle-ci, et portera une attention spéciale sur l'éducation des filles.

Si l'on souhaite que tous les enfants tirent profit des objectifs établis lors du Sommet mondial de 1990, on doit porter une plus grande attention aux enfants qui ont besoin de protection spéciale et qui peuvent ne pas bénéficier des programmes de développement ordinaires. Le Plan d'action en matière de protection de l'enfance est axé sur les travailleurs juvéniles, les enfants touchés par les conflits armés, les enfants qui ont des démêlés avec la justice ou qui sont confiés à l'État, les enfants de la rue, les enfants handicapés et les enfants victimes de discrimination en raison de leur appartenance à une minorité ethnique. Au cours des cinq prochaines années, l'ACDI investira 122 millions de dollars dans la programmation s'adressant à ces enfants. À priori, pendant les deux prochaines années, l'ACDI se concentrera sur la main-d'œuvre infantile et les enfants touchés par les conflits armés. Dans le cadre de

son engagement à élaborer de nouvelles approches en vue de la programmation de l'aide au développement, l'ACDI a créé un fonds de recherche de 2 millions de dollars en vue de la protection des enfants, pour les cinq prochaines années, en guise de soutien à la recherche innovatrice dans ce secteur souvent négligé.

Le lourd endettement constitue l'obstacle le plus grave à la réduction de la pauvreté dans de nombreux pays en voie de développement, particulièrement ceux qui se trouvent en Afrique sub-saharienne. Les remboursements de dettes délogent les dépenses dans les domaines de la santé et de l'éducation ainsi que dans d'autres secteurs sociaux.

Le Canada a été parmi les premiers à recommander avec insistance l'adoption d'une démarche rapide et décisive à l'égard de l'allégement de la dette pour les pays les plus pauvres de façon multilatérale et bilatérale. Lors des réunions annuelles du Fonds monétaire international (FMI) et de la Banque mondiale, qui se sont déroulées récemment, le Canada a défié les bailleurs de fonds d'imposer immédiatement un moratoire sur les paiements du service de la dette des pays pauvres très endettés (PPTE). En décembre 2000, le gouvernement du Canada a annoncé son propre moratoire sur le remboursement de la dette de onze pays pauvres très endettés, qui doivent 700 millions de dollars au Canada. La dette de ces pays sera officiellement radiée au fur et à mesure que ceux-ci compléteront le processus d'aide aux PPTE. De plus, le Canada a versé 215 millions de dollars canadiens au fonds en fiducie pour l'allégement de la dette au FMI et à la Banque mondiale afin de réduire rapidement la dette des pays qui le méritent. Le Canada vient en aide aux pays les plus pauvres en s'engageant à remettre la totalité des créances commerciales de tous les PPTE admissibles à l'allégement de la dette aux termes du plan en faveur des PPTE et en déployant de réels efforts pour réduire la pauvreté et améliorer la gestion publique.

Le Canada a toujours encouragé une participation accrue de la part des pays en voie de développement à un régime commercial fondé sur des règles, et il reconnaît que ces pays ont besoin d'aide pour l'instauration de capacités liées au commerce. Le Canada défend la prise de position selon laquelle les questions relatives à la justice sociale et à la politique environnementale doivent être traitées de concert avec les initiatives de libéralisation du commerce et d'autres stratégies de croissance économique si l'on veut que les mesures de réduction de la pauvreté à long terme soient durables. Cette approche s'applique à la participation du Canada à l'OMC, à la ZLEA et aux autres instances commerciales régionales et bilatérales. Ces questions seront considérées comme des priorités dans des négociations éventuelles. Le commerce libre et loyal contribue grandement à la croissance et à la durabilité des pays en développement, ainsi qu'à la réduction de la pauvreté dans l'ensemble des pays en voie de développement. La participation active du Canada aux réunions de l'OMC souligne la détermination du gouvernement du Canada de veiller à ce que les règles régissant les transactions commerciales à travers le monde soient équitables. Pour pouvoir bénéficier des avantages qui découlent des échanges internationaux, tous les participants doivent connaître les règles en vigueur et accepter de s'y conformer. Ils doivent maintenir un juste équilibre entre la poursuite de leurs objectifs commerciaux et leur engagement envers la justice sociale et la protection de l'environnement à l'échelle mondiale.

4. Progrès dans la survie, la protection et le développement des enfants

La présente section présente d'abord un profil démographique des enfants du Canada et donne un aperçu des progrès réalisés par les Canadiens dans chacun des objectifs du Sommet. Un résumé de ces progrès est présenté à l'annexe 1, sous forme de statistiques.

Profil démographique des enfants du Canada

Les enfants du Canada constituent un groupe très diversifié représentant un peu plus de 25 p. 100 de la population canadienne totale. Ils sont issus de milieux différents sur les plans ethnique, religieux, linguistique et culturel; ils grandissent dans des ménages dont les ressources sociales et économiques diffèrent considérablement et ils vivent surtout en région urbaine. La *Convention relative aux droits de l'enfant* définit un enfant comme une personne ayant moins de 18 ans. Pour les besoins des statistiques, le présent rapport considère les enfants et les jeunes comme des personnes âgées de 18 ans ou moins, à moins d'indication contraire.

Au cours de la dernière décennie du millénaire, le profil démographique du Canada a subi des changements. Entre 1997 et 1999, on a enregistré une légère diminution du nombre total d'enfants âgés de 0 (nouveau-né) à 19 ans au Canada; en effet, il est passé de 8 016 468 en 1997 à 7 979 251 en 1999. Les enfants qui se trouvent dans ce groupe d'âge représentent actuellement 26,2 p. 100 de la population canadienne totale. De ce nombre, presque 2 millions d'enfants sont âgés de moins de 5 ans, plus de 4 millions ont entre 5 et 14 ans et un peu plus de 2 millions, entre 15 et 19 ans. La proportion des enfants âgés de 0 à 14 ans par rapport à la population totale varie selon la province ou le territoire; à Terre-Neuve, ces enfants représentent à peine 18 p. 100 de la population, alors qu'au Nunavut ce chiffre atteint 38 p. 100. La majorité des enfants canadiens (78 p. 100) vivent en région urbaine. Le taux d'enfants en proportion du pourcentage de la population canadienne totale a diminué depuis 1961 et l'on prévoit qu'il continuera son déclin à l'avenir : 25 p. 100 en 2001, 24 p. 100 en 2006, 22 p. 100 en 2011 et 21 p. 100 en 2016.

Le taux de croissance naturelle du Canada a considérablement diminué au cours de la période de 1990 à 1995, pour passer de 7,7 à 5,7 par 1 000 habitants. Le taux de croissance naturelle a compté pour 47 p. 100 de l'accroissement de la population en 1996, alors que l'immigration a représenté l'autre proportion de 53 p. 100. Tout près de 5 p. 100 des enfants de moins de 15 ans sont nés à l'extérieur du Canada, et les deux tiers des enfants immigrants vivent dans les principaux centres urbains canadiens, soit Montréal, Toronto et Vancouver.

De plus, la structure de la famille canadienne a également changé au cours de la dernière décennie. La proportion des familles monoparentales a augmenté pour passer de 20 p. 100 en 1991 à 22 p. 100 en 1996. La majorité des familles monoparentales (83 p. 100) étaient dirigées par une femme. La taille moyenne des familles au Canada est demeuré relativement stable dans les années 1990; en 1997, la

taille moyenne des familles biparentales était de 3,1 personnes et celle des familles monoparentales était de 2,5 personnes. En 1996, 84 p. 100 des 5,5 millions d'enfants canadiens jusqu'à l'âge de 13 ans vivaient avec leurs deux parents, alors que 16 p. 100 vivaient avec l'un des deux parents.

En 1996, il y avait au Canada 280 415 enfants autochtones âgés de moins de 15 ans, ce qui représentait 35 p. 100 de tous les Autochtones recensés cette année-là. Les populations d'enfants et de jeunes autochtones (0 à 24 ans) regroupées représentent 53 p. 100 de tous les Autochtones. Les jeunes Autochtones sont ainsi au nombre de 424 000 et ils constituent 5 p. 100 de tous les enfants canadiens de moins de 15 ans et 4 p. 100 des jeunes âgés de 15 à 24 ans. On prévoit que le pourcentage total d'Autochtones inscrits aura augmenté à un rythme de 2,1 p. 100 par année au cours de la période de cinq ans débutant en 1996. Ce taux de croissance est comparable au taux de croissance général de 1,2 p. 100 prévu pour la même période dans l'ensemble du pays.

4.1 État de la Convention relative aux droits de l'enfant

Le Canada a ratifié la *Convention relative aux droits de l'enfant* en décembre 1991. Depuis ce temps, des progrès importants ont été réalisés pour en assurer une vaste mise en application continue au Canada.

De son côté, le gouvernement du Canada a manifesté son engagement à s'inspirer de la Convention pour améliorer la qualité de vie des enfants. D'abord, le gouvernement fédéral a passé en revue toute la nouvelle législation fédérale afin d'en assurer la conformité avec les engagements internationaux du Canada en matière des droits de la personne, y compris ses obligations découlant de la *Convention relative aux droits de l'enfant*. Le gouvernement a également travaillé en partenariat avec un organisme-cadre des associations bénévoles canadiennes, soit la Coalition canadienne pour les droits des enfants, afin d'évaluer systématiquement la conformité des Canadiens dans la mise en application de la Convention. Cet exercice de surveillance de l'application de la Convention dépasse le cadre législatif de façon à comprendre l'efficacité des politiques et des programmes à l'intention des enfants. Ce rapport non gouvernemental contribuera à améliorer le processus de décision et les résultats dans tous les secteurs. De plus, le gouvernement a eu recours aux recommandations émises par le Comité des droits de l'enfant et s'est servi de cet outil pour évaluer les nouvelles initiatives qui avaient des conséquences directes ou indirectes sur les enfants, et également pour mettre l'accent sur certains sujets soulevés par le Comité dans des rapports subséquents. Enfin, avec l'appui officiel du gouvernement de l'Alberta à la *Convention relative aux droits de l'enfant* en 1999, la Convention jouit actuellement du soutien de toutes les autorités compétentes du Canada.

Depuis la ratification de la Convention, l'attention portée à celle-ci et perçue comme un outil pratique permettant d'assurer le respect des droits des enfants s'est avérée importante et variable. Les organisations non gouvernementales (ONG), les municipalités, les groupes de jeunesse, les chercheurs, les avocats, les gouvernements, les écoles, la police et les associations professionnelles ont rendu la Convention pertinente pour leurs propres situations respectives, en mettant en place des ateliers de

formation, des plans concrets pour la participation des jeunes, des programmes d'études scolaires aux niveaux primaire et postsecondaire, en surveillant les mécanismes qui permettent de juger le rendement du gouvernement ainsi que les versions adaptées pour les enfants et les jeunes de la Convention, afin de mieux partager son contenu avec les jeunes Canadiens. Ils ont conçu des réseaux solides et des partenariats durables à travers la Convention.

En 1993, le Parlement du Canada a déclaré le 20 novembre *Journée nationale de l'enfant*, en hommage à l'importance des enfants à la fois pour le présent et pour l'avenir du pays. Le choix de la date provient du jour de l'adoption de la *Convention relative aux droits de l'enfant* par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 20 novembre 1989. Depuis 1994, le gouvernement du Canada a conçu et diffusé du matériel éducatif et de promotion afin d'encourager les écoles, les groupes communautaires, les familles et toutes les personnes qui travaillent avec des enfants à travers le pays à faire de cette journée un événement. On a publié le *Guide d'activités de la Journée nationale de l'enfant* pour aider les jeunes, les groupes communautaires, les travailleurs de services à l'enfance, les écoles, les parents et toutes les personnes qui travaillent avec les enfants pour organiser et promouvoir les événements de la *Journée nationale de l'enfant*. De 1994 à 1999, la mise en circulation du Guide a doublé, passant de 12 000 à 24 000 exemplaires. En plus de la distribution traditionnelle du Guide, il importe de souligner que 8 200 personnes ont visité le site Web de la *Journée nationale de l'enfant* en 1999 et en 2000. Au cours du mois de novembre 1999, 2 600 personnes ont visité le site Web, alors qu'il n'y en a eu que 1 800 en novembre 1998.

En 1999, UNICEF Canada, conjointement avec Élections Canada, a administré une élection nationale sur les droits des jeunes fondée sur la *Convention relative aux droits de l'enfant*. L'élection visait à promouvoir une meilleure compréhension du système électoral canadien parmi les jeunes et à renforcer la compréhension et l'engagement relativement aux droits des enfants, à la fois parmi les adultes et les enfants au Canada. L'élection *Exprime-toi : Élection nationale sur les droits des jeunes* s'est déroulée dans tout le Canada, où les jeunes de plus de 1 100 écoles primaires et secondaires ont voté pour le droit qu'ils considéraient comme le plus important à leurs yeux. En tout, 187 757 élèves de toutes les provinces et de tous les territoires ont voté. Les résultats du vote ont démontré que les élèves percevaient la famille (24 p 100 du total des votes), la nourriture et le logement (20 p. 100 du total des votes) et la santé (11 p. 100 du total des votes) comme les trois droits les plus importants.

4.2 Santé et hygiène

De 1990 à 2000, des progrès ont été réalisés quant à la santé des enfants canadiens, et l'état de santé de la majeure partie de ces enfants est demeuré excellent. Toutefois, il reste encore des défis importants à relever dans la lutte contre les conditions de risque les plus persistantes ainsi que dans la prise de mesures dans des domaines cruciaux, pour assurer une santé optimale pour toutes les populations d'enfants du Canada. Il reste des défis particuliers à relever quant à certaines populations vulnérables et aux enfants autochtones, la population d'enfants qui est la plus à risque de se trouver dans une piètre situation sur le plan de la santé et sur le plan social.

Les facteurs qui contribuent à la bonne santé des enfants sont d'une grande diversité : le revenu familial, l'aide sociale, l'éducation, l'accès aux services de santé, l'environnement physique et social, le patrimoine génétique et biologique, le sexe et la culture. La série d'indicateurs de santé présentés dans le présent rapport donne une certaine idée de la situation des enfants canadiens, qui est définie par les objectifs fixés au Sommet mondial pour les enfants. Un éventail d'initiatives de recherche et d'établissement de rapports, de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes jusqu'au *Rapport sur la santé de la population canadienne*, contribuent à dresser un tableau plus complet et en constante évolution de l'état de santé des enfants canadiens.

Le taux de mortalité des nouveau-nés et celui qui concerne la mortalité des enfants en bas âge représentent deux indicateurs largement reconnus de la santé des enfants et, de façon plus générale, de la santé d'un peuple. Le Canada a fait des progrès dans ces deux secteurs depuis 1990. D'abord, le taux de mortalité des enfants, soit le nombre de décès parmi les enfants de la naissance jusqu'à l'âge de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes, a chuté d'un tiers entre 1990 et 1998, passant d'un taux de 9 à un taux de 6. De même, le taux de mortalité des nouveau-nés, qui est le nombre de décès parmi les enfants de moins de un an pour 1 000 naissances, a également diminué de 6,8 pour 1000 naissances en 1990 à 6,0 en 1998, et il a même chuté à 5,5 en 1997. Ces résultats sont semblables à ceux qu'ont obtenus d'autres pays industrialisés. La tendance actuelle au Canada pour ces deux facteurs se révèle être une réduction significative et régulière du taux de mortalité des enfants et des nouveau-nés. Les efforts constants déployés par les gouvernements, les organisations bénévoles et tous les Canadiens font en sorte que le Canada soit appelé à faire d'autres progrès sur le plan de la mortalité des enfants, dont ceux en bas âge. Parmi les populations de Premières nations au Canada, on a également réalisé d'importantes améliorations en ce qui a trait au taux de mortalité des jeunes enfants au cours des deux dernières décennies : le taux a chuté de 28 décès pour 1000 naissances vivantes en 1979 à 11,98 décès en 1994. Malgré les progrès réalisés, le taux actuel demeure à peu près deux fois plus élevé que celui de la population canadienne dans son ensemble.

Une autre mesure de santé publique importante, soit l'insuffisance de poids à la naissance, a augmenté légèrement au cours de la décennie, mais est demeurée bien en deçà de l'objectif de 10 p. 100 qui avait été fixé au Sommet mondial. Au cours de la période de 1990 à 1996, le pourcentage de naissances vivantes qui ont été enregistrées à moins de 2,5 kg a augmenté de 5,4 p. 100 (6,0 p. 100 pour le sexe masculin et 5,1 p. 100 pour le sexe féminin) à 5,8 p. 100. Par sa gamme de programmes, le gouvernement du Canada a maintenu son engagement quant au soutien à l'égard des femmes enceintes les plus susceptibles d'avoir des problèmes à l'accouchement, ce qui comprenait l'insuffisance de poids à la naissance. Dans l'évaluation de la santé périnatale, il est tout aussi important de tenir compte des éléments liés à l'insuffisance de poids à la naissance : la croissance intra-utérine et la naissance avant terme. L'augmentation de la fréquence des naissances avant terme au Canada et dans d'autres pays industrialisés est considérée comme l'un des plus importants défis de santé périnatale qui se pose aux pays industrialisés.

La satisfaction des besoins humains les plus fondamentaux demeure la base du développement sain des enfants, que ce soit dans les pays en voie de développement ou dans les pays développés. C'est le cas de l'accès à l'eau potable et de l'évacuation sanitaire des eaux usées. Au Canada, 99 p. 100 de la

population a accès à l'eau potable. Toutefois, ce haut niveau d'accès ne signifie nullement que les Canadiens sont satisfaits pour autant de la qualité de l'eau potable. Comme le démontre l'éclosion de *E. coli* qui s'est produite récemment à Walkerton, en Ontario, les gouvernements et tous les Canadiens doivent demeurer vigilants afin de maintenir l'accès à l'eau potable et la qualité de celle-ci, maintenant et à l'avenir.

Les efforts coopératifs déployés entre les gouvernements, à tous les paliers, contribuent à la prise de mesures à l'égard des besoins des communautés relativement à l'environnement local. Le gouvernement du Canada a récemment conclu des accords en vertu du programme Infrastructures Canada avec chaque province et en partenariat avec les gouvernements municipaux. La priorité d'Infrastructures Canada ira aux infrastructures municipales vertes. Les investissements dans les projets verts viseront les réseaux d'aqueducs et les systèmes de traitement des eaux usées, la gestion de l'eau, la gestion des déchets solides et le recyclage ainsi que les dépenses en capital engagées en vue de rénover les immeubles et les installations appartenant à des administrations locales ou à en améliorer le rendement énergétique.

La qualité de l'eau potable et l'évacuation sanitaire des eaux usées a constitué une préoccupation particulière au sein des communautés des Premières nations. Il reste des progrès à faire, mais l'accès des Premières nations à de l'eau de bonne qualité et à une bonne hygiène s'est améliorée au cours des 10 à 15 dernières années. Le gouvernement continue de travailler avec les collectivités autochtones afin d'améliorer l'accès à une eau de bonne qualité et à des installations sanitaires dans les réserves.

La vaccination s'est avérée un moyen efficace et envisageable de prévenir de nombreuses maladies potentiellement mortelles. Au Canada, le taux de couverture vaccinale est demeuré élevé dans les années 1990. D'abord, la proportion des enfants de 2 ans vaccinés contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DCT) a augmenté légèrement, passant de 82,3 p. 100 en 1994 à 83 p. 100 en 1998. Ensuite, la couverture vaccinale de la polio parmi les enfants de 2 ans a fluctué tout en demeurant élevée, passant de 90 p. 100 en 1996 à 86 p. 100 en 1997, pour ensuite revenir à 90 p. 100 en 1998. Enfin, la couverture de la rougeole chez les bambins de 2 ans a atteint 93,6 p. 100 en 1998, alors qu'elle était de 91,4 p. 100 en 1995. Les efforts pour assurer l'efficacité des vaccinations ont porté fruit puisqu'ils ont entraîné de meilleurs résultats relativement à l'état de santé des enfants. De 1994 à 1998, le nombre annuel de cas de rougeole parmi les enfants de moins de 5 ans a diminué de 97,7 p. 100, passant de 523 cas en 1994 à 12 cas en 1998. Les campagnes de rattrapage et la mise en place de programmes réguliers à double dosage contre la rougeole à travers le Canada en 1996 ont certes contribué à cette diminution de la fréquence de la maladie.

On a récemment fait savoir que les problèmes de santé des enfants liés à des facteurs environnementaux constituaient une préoccupation croissante pour de nombreux pays développés, y compris le Canada (voir la section 4.9 sur la protection de l'environnement). L'un des exemples les plus clairs dans ce domaine a été la fréquence des cas d'asthme chez les Canadiens de moins de 20 ans. Huit pour cent d'entre eux souffraient d'asthme en 1990, comparativement à 12,2 p. 100 en 1996-1997. Alors que les facteurs exacts responsables de cette augmentation sont toujours à l'étude, le gouvernement s'est engagé à agir face au problème et à travailler en partenariat avec d'autres gouvernements, des

professionnels de la santé, des organismes de recherches et des organismes bénévoles en vue de trouver des solutions efficaces.

La toxicomanie demeure un problème important en matière de santé qui touche les enfants et les jeunes canadiens. Quoique la consommation régulière d'alcool chez les jeunes soit en baisse, le tabagisme et l'usage de drogues sont restés à niveau élevé ou ont augmenté. L'usage du tabac et de drogues chez les filles a connu une hausse remarquable et dépasse maintenant l'usage chez les garçons de la même cohorte. La consommation hebdomadaire d'alcool chez les élèves de 10e année a diminué de manière importante au cours de la dernière décennie; le pourcentage de garçons de 10e année qui consommaient de l'alcool au moins une fois par semaine a passé de 30 p. 100 en 1990 à 18 p. 100 en 1998. On a noté une réduction semblable chez les filles relativement aux habitudes de consommation au cours de la même période : le pourcentage est passé de 19 p. 100 en 1990 à 10 p. 100 en 1998. Cependant, en 1998, 93 p. 100 des garçons et 92 p. 100 des filles de 10e année avaient déjà pris de l'alcool pour une première fois. Par comparaison, le tabagisme chez les jeunes Canadiens est demeuré assez élevé au cours de la dernière décennie, surtout chez les filles. On observe pourtant la tendance contraire chez les fumeurs adultes, qui sont de plus en plus nombreux à cesser de fumer. Entre 1994 et 1998, le pourcentage d'élèves de 10e année qui fumaient chaque jour s'est maintenu à 21 p. 100 chez les filles, alors qu'il a diminué de 16 p. 100 à 15 p. 100 chez les garçons. Toutefois, au cours de la même période, le pourcentage d'élèves de 10e année qui avaient essayé de fumer a augmenté de 58 p. 100 à 61 p. 100 chez les garçons et de 64 p. 100 à 66 p. 100 chez les filles.

Au cours des années 1990, on a remarqué un changement par rapport au profil général du VIH/sida au Canada. En 1999, on comptait environ 49 800 Canadiens infectés par le VIH, y compris les personnes atteintes du sida, alors qu'à la fin de 1996 on en dénombrait à peu près 40 100. Toutefois, dans les années 1990, il y a eu une diminution générale du nombre total de cas de sida au Canada. Cette réduction est semblable à celle qu'on a enregistrée dans les autres pays développés.

Depuis 1980, on a signalé en tout 197 cas de sida chez les enfants âgés de 0 à 14 ans. De ce nombre, 153 étaient attribuables à la transmission périnatale. Au Canada, les études de séroprévalence menées auprès de femmes enceintes font état d'un taux provincial d'environ 1,0 à 4,0 cas par tranche de 10 000 individus. Le nombre de nouveaux cas signalés chaque année est en baisse : en 1996, il y en a eu 12, alors qu'on a atteint un sommet avec 27 cas signalés en 1995. Chez les jeunes Canadiens âgés de 10 à 24 ans, on a diagnostiqué 600 cas de sida, ce qui représente 3,5 p. 100 des 16 913 cas déclarés dans la période se terminant le 31 décembre 1999. Parmi les 45 534 résultats positifs pour le VIH signalés à la fin de 1999, 597 (ou 1,5 p. 100) touchaient des jeunes âgés de 15 à 19 ans. Les données sur la prévalence et l'incidence du VIH montrent que les jeunes de la rue et les jeunes qui s'injectent des drogues sont les plus à risque.

Environ 6 800 femmes vivaient avec une infection à VIH à la fin de 1999, ce qui représente une augmentation de 48 p. 100 par rapport aux 4 600 cas existants en 1996. En 1999, 14 p. 100 des cas existants d'infection à VIH étaient des femmes, contre 11 p. 100 en 1996. Le nombre de femmes infectées au cours de l'année est demeuré à un peu moins de 1 000 cas par an en 1996 comme en 1999 (950 et 917,

respectivement). En 1999, 54 p. 100 de toutes les nouvelles infections à VIH chez les femmes ont été attribuées à l'utilisation de drogues injectables et 46 p. 100 à des contacts hétérosexuels.

Des mesures ont été prises à l'échelle nationale par la mise en place du réseau national VIH/sida à l'intention des enfants, des jeunes et des familles. Ce réseau apporte un soutien aux enfants, aux jeunes et aux familles en ayant recours à la recherche et en mettant sur pied des ateliers d'échange de renseignements, des groupes de soutien et des programmes d'encadrement destinés aux organismes qui leur viennent en aide. Le réseau se conforme aux principes en matière de participation, de qualité de vie et de développement, ainsi que de protection et de non-discrimination pour les enfants, les jeunes et les familles touchés par le VIH/sida.

4.3 Sécurité alimentaire et nutrition

On ne dispose pas encore d'un profil général complet de la sécurité alimentaire et de l'état nutritionnel des enfants et des familles du Canada, mais certaines constatations donnent un aperçu valable. D'abord, l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes soutient qu'en 1994 quelque 57 000 familles canadiennes ayant des enfants (1,2 p. 100 de toutes les familles faisant partie de l'échantillon) ont souffert de la faim parce qu'elles ont manqué d'argent ou de nourriture. Également, le Canada a constaté une augmentation du recours aux banques alimentaires pendant les années 1990; environ 726 000 Canadiens ont eu recours à une banque alimentaire en mars 2000, soit deux fois plus qu'au cours du même mois en 1989. Les enfants vivant dans des familles qui ont recours aux banques alimentaires comptent pour environ 40 p. 100 de l'ensemble des utilisateurs. Aucun de ces chiffres ne présente toutefois à lui seul un profil des Canadiens dont la sécurité alimentaire pourrait être à risque. Il faudra mener d'autres études au Canada pour évaluer l'état nutritionnel des enfants et la sécurité alimentaire des familles .

Les objectifs du Sommet relativement au renforcement de la sécurité alimentaire de l'enfant et de la famille et à l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants ont fourni au gouvernement une occasion d'évaluer l'efficacité des initiatives lancées pour les enfants dans ce domaine. À travers les priorités établies par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les stratégies multisectorielles, telles que le *Plan d'action du Canada pour la sécurité alimentaire* et *La nutrition pour un virage santé : Voies d'action*, des mesures sont prises pour traiter les différents facteurs qui contribuent à la sécurité alimentaire et à la nutrition des enfants et des familles, y compris la sécurité alimentaire, l'agriculture, l'éducation nutritionnelle, l'échange et le soutien du revenu familial (pour de plus amples renseignements sur le soutien du revenu, voir les sections 3 et 4.5).

Dans le domaine de l'obésité infantile, il n'existe aucune information fiable ayant trait aux jeunes enfants (âgés de 0 à 5 ans) au Canada. Dans le cas des enfants d'âge scolaire, certaines données disponibles n'ont pas été mises à jour pendant les années 1990. Toutefois, les données actuelles démontrent que la proportion des enfants en 4^{e} et en 9^{e} année (âgés environ de 9 et de 14 ans, respectivement) qui ont un surplus de poids ou qui sont obèses a augmenté au Canada au cours de la

décennie s'étendant de 1981 à 1991. En 1981, 14 p. 100 des filles et 18 p. 100 des garçons étaient obèses. En 1991, par comparaison, 24 p. 100 des filles et 26 p. 100 des garçons étaient obèses. Un phénomène semblable a été observé dans d'autres pays industrialisés. Il faudra mener plus de recherche au Canada afin de mieux comprendre les facteurs qui contribuent à améliorer la santé nutritionnelle des enfants canadiens.

La promotion de l'allaitement a longtemps été perçue comme la première étape permettant d'assurer une enfance saine. On trouve une gamme considérable de données sur le début et la durée de l'allaitement au Canada, et les taux proviennent d'une variété de sources et sont souvent fondés sur des définitions variées de l'allaitement, de son début jusqu'à sa poursuite, sur une période donnée, qui s'étend généralement de 2 à 6 mois. Par exemple, en 1990, 43 p. 100 des femmes de 15 ans et plus ont soutenu qu'elles avaient allaité leur enfant. En comparaison, en 1994, la proportion des enfants de moins de 2 ans qui étaient toujours allaités était de 69 p. 100. De plus, il est reconnu également que la proportion des nouvelles mères allaitant leur bébé au moment où elles quittent l'hôpital a augmenté, passant de 73 p. 100 en 1994 à 79 p. 100 en 1996-1997. En dépit des variations statistiques, les données laissent supposer que le Canada a enregistré un progrès dans la proportion des femmes qui choisissent d'allaiter leur enfant. En juillet 1990, l'Hôpital Brôme-Missisquoi-Perkins au Québec est devenu le premier hôpital ami des bébés du Canada selon le programme international de l'OMS-UNICEF. L'Initiative pour des Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB) vise à protéger, à promouvoir et à soutenir l'allaitement et, ainsi, la santé et le bien-être des mères et de leur bébé.

4.4 Condition de la fille et de la femme

L'égalité des sexes constitue un volet fondamental des politiques intérieures et étrangères du Canada. Elle repose sur la conviction que les droits des femmes représentent une composante critique des progrès touchant les droits fondamentaux et le développement démocratique, et qu'un développement viable et équitable n'est possible que si les femmes sont en mesure de participer en tant partenaires égales et décisionnaires au développement durable de leur société.

Le Canada a participé à la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies, dont le thème était le suivant : Femmes 2000 : Égalité des sexes, développement et paix au XXI^{e} siècle. Cette réunion a adopté par consensus une déclaration politique et un document faisant état des résultats sur les actions et les initiatives éventuelles pour mettre en œuvre la Déclaration et le Programme d'action de Beijing de 1995. Pour la session extraordinaire, le Canada avait pour objectifs de promouvoir les droits fondamentaux des femmes et des filles toute leur vie, de s'assurer du respect et de la mise en valeur de la diversité de l'expérience des femmes et d'établir des partenariats avec la société civile, d'autres gouvernements et des organisations internationales.

De façon traditionnelle, les filles et les femmes au Canada ont toujours été les membres de la famille principalement responsables de l'entretien de la maison et du soin des enfants de même que des membres de la famille qui sont malades ou âgés. Le rôle que joue la femme dans la famille, à titre de gardienne de la santé des membres de la famille et de principale dispensatrice de soins dans la plupart des

cas, n'est pas toujours reconnu à sa juste valeur. Bien qu'il y ait eu récemment des améliorations sur le plan des perspectives d'emploi et de l'égalisation des revenus pour les femmes, celles-ci demeurent d'abord et avant tout responsables de l'exécution des tâches ménagères non rémunérées de tous les jours et elles le sont de plus en plus pour ce qui est du travail rémunéré.

Des progrès importants ont été réalisés quant à l'amélioration de l'accès à l'éducation pour les femmes canadiennes. De façon générale, le niveau d'éducation des femmes a augmenté. En 1997-1998, les femmes représentaient 55 p. 100 des étudiants inscrits à temps plein à l'université, 51 p. 100 des étudiants inscrits à la maîtrise et 43 p. 100 des étudiants au doctorat. Les jeunes femmes sont toujours sous-représentées dans les domaines des mathématiques et des sciences physiques ainsi que du génie et des sciences appliquées (29 p. 100 et 22 p. 100, respectivement).

Au cours des années 1990, le Canada a fait des progrès dans la réduction de la mortalité maternelle le nombre de décès chez les femmes ayant des causes liées à la grossesse, qui est souvent un indicateur de la qualité, de la fiabilité et de l'accessibilité de l'équipement et des services de santé pour les femmes. Le Canada jouit d'un taux de mortalité maternelle parmi les plus faibles du monde; il a diminué de 6 pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 4 en 1995.

La proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans qui utilisent des méthodes contraceptives ou dont le partenaire en utilise est demeurée stable pendant les deux dernières décennies. De 1980 à 1994 et de 1990 à 1999, le taux a été à peu près de 73 p. 100. Les femmes ayant une bonne connaissance de certaines des formes les plus courantes de moyens contraceptifs B pilules anticonceptionnelles et préservatifs B sont très nombreuses au Canada. En 1998, 94 p. 100 des femmes canadiennes âgées de 15 à 44 ans ont soutenu qu'elles étaient bien renseignées sur les pilules anticonceptionnelles, alors que 91 p. 100 d'entre elles ont affirmé l'être sur les préservatifs.

De plus, le taux global de fécondité le nombre moyen de naissances vivantes par femme ayant atteint la fin de la période de reproduction est également demeuré généralement stable. De 1990 à 1997, ce taux a diminué légèrement pour passer de 1,7 naissance par femme à 1,6. Les tendances démographiques des peuples autochtones du Canada ont suivi une évolution semblable aux autres tendances démographiques et sociales. Alors que les Canadiens d'origine autochtone ont fait des progrès significatifs, les résultats, sur le plan social, demeurent inférieurs à ceux de la population canadienne dans son ensemble. La population indienne inscrite a connu une légère diminution de son taux global de fécondité en 1996. Toutefois, les prévisions pour 1997 à 2005 suggèrent que la population autochtone augmentera chaque année de 1,7 p. cent; ce taux de croissance est plus élevé que le taux de 1,1 p. cent prévu pour l'ensemble de la population canadienne. On s'attend à ce que la population des réserves augmente de 2,3 p. cent au cours de cette même période.

Enfin, au cours de la dernière décennie, l'âge moyen des femmes canadiennes au moment de leur première grossesse a augmenté. La grande majorité des femmes au Canada ont leur premier nouveau-né quand elles sont âgées de 25 à 29 ans. Par exemple, en 1993, 34,9 p. 100 des femmes étaient âgées de 25 à

29 ans au moment de leur première grossesse, alors que 28,9 p. 100 étaient âgées de 30 à 34 ans. En 1996, le pourcentage des femmes âgées de 30 à 34 ans a augmenté jusqu'à 30,3 p. 100.

4.5 Éducation des enfants et bien-être de la famille

La famille représente un volet critique dans le développement sain et le bien-être des enfants. En cette décennie suivant le Sommet mondial pour les enfants, on peut constater des améliorations importantes : le revenu familial est en hausse et l'interaction parent-enfant demeure une priorité pour la majorité des parents. Il y a eu certaines améliorations pour les familles canadiennes, mais d'autres mesures doivent être prises afin d'aborder les problèmes qui portent atteinte à la famille et au bien-être des enfants.

Selon les résultats de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), l'interaction parent-enfant à la maison continue de jouer un rôle important pour les parents canadiens,. De 1994 à 1996, le nombre de parents qui étaient d'avis qu'il était très important que leur enfant obtienne de bons résultats scolaires a augmenté. D'autre part, un pourcentage tout aussi élevé de parents vérifient les devoirs de leur enfant ou aident celui-ci à les faire. Par surcroît, les parents canadiens ont de plus en plus recours à d'autres mesures disciplinaires pour l'éducation de leurs enfants. Selon les données de l'ELNEJ, le nombre d'enfants dont les parents n'ont jamais eu recours aux punitions corporelles à leur endroit a augmenté de façon considérable au cours de la période de 1994 à 1996 pour toutes les catégories d'âge jusqu'à l'âge de 13 ans. Par exemple, en 1996, 64 p. 100 des enfants âgés de 2 à 11 ans vivaient avec des parents qui n'avaient jamais utilisé de punitions corporelles; ce taux n'était que de 56 p. cent en 1994.

Le statut économique de la famille canadienne moyenne s'est amélioré au cours de la dernière décennie. En effet, pendant la période de 1997 à 1998, le revenu familial a connu une hausse importante : le revenu familial moyen après impôt était de 49 626 $ en 1998, ce qui équivaut à une augmentation de 3,7 p. 100 par rapport à 1997 et excède même le sommet de 48 807 $ atteint en 1989 avant la récession. Il s'agit également de l'augmentation annuelle la plus importante depuis 1989. En 1998, le revenu après impôt d'une famille biparentale ayant des enfants de moins de 18 ans était de 55 074 $, soit une augmentation de 4,7 p. 100 par rapport à l'année précédente, alors que la famille monoparentale a gagné en moyenne 26 279 $ après transfert et impôt, soit une augmentation de 7,2 p. 100 sur la même période. Les études ont aussi démontré toutefois que la famille canadienne moyenne devait travailler 75,4 semaines à un salaire moyen pour être en mesure de défrayer les dépenses annuelles fondamentales. En conséquence, un seul revenu tiré d'un emploi à plein temps est loin de suffire à la famille canadienne pour couvrir les dépenses annuelles moyennes.

Les recherches démontrent qu'un nombre sans cesse croissant de parents canadiens s'intègrent à la population active. En 1998, les deux parents de 72 p. 100 des enfants provenant de familles biparentales étaient sur le marché du travail. Par comparaison, les deux parents de 68 p. 100 des enfants de familles monoparentales était sur le marché du travail, ce qui représente une hausse de 7 p. 100 par rapport à 1995. Également, les parents canadiens consacrent plus de temps au travail rémunéré et non rémunéré, qui

comprend diverses activités liées à l'emploi et aux tâches ménagères. En 1998, les femmes et les hommes mariés (âgés de 25 à 44 ans) et ayant des enfants qui avaient un emploi à plein temps ont consacré environ 43 p. 100 de leur temps au travail rémunéré et non rémunéré, alors que les mères monoparentales (âgées de 25 à 44 ans) ont consacré 45 p. 100 de leur temps à l'exécution des mêmes tâches. De 1991 à 1998, il y a eu une augmentation de 6 p. 100 du nombre de travailleurs devant s'occuper de personnes à charge qui ont soutenu subir une tension extrême causée par les conflits de travail et de famille.

Au cours des années 1990, les progrès relativement à la réduction de la pauvreté dans les familles ayant des enfants au Canada ont été mitigés; on a noté certaines améliorations récemment, mais associées à une augmentation de la pauvreté de ces familles dans leur ensemble. Premièrement, la coopération accrue quant aux mesures visant les familles à faible revenu et leurs enfants a fait en sorte que les actions collectives entreprises par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont porté fruit. Ces dernières années, il y a eu une réduction du nombre d'enfants vivant dans des familles à faible revenu. En 1998, 14,1 p. 100 des enfants canadiens vivaient sous le seuil de faible revenu de Statistique Canada**, ce qui a constitué une réduction par rapport au niveau de 16,3 p. 100 établi en 1997. Cependant, les baisses touchant les catégories d'enfants vivant dans des familles à faible revenu n'ont pas été aussi importantes que celles qui s'étaient produites lors des reprises économiques antérieures. De plus, parmi certaines tranches de la population, la pauvreté s'est avérée plus généralisée. Ainsi, les enfants autochtones affichent une incidence de pauvreté supérieure à celle de l'ensemble de la population canadienne.

La réduction de la pauvreté à l'échelle nationale constitue une priorité constante du gouvernement du Canada. Les augmentations de financement qui se sont produites au cours de la période de 1996 à 2001 font en sorte que le montant maximum annuel des prestations en vertu de la Prestation nationale pour enfants pour une famille ayant deux enfants augmentera de 79 p. 100, passant de 2 540 $ à 4 544 $. Le réinvestissement et les autres investissements des provinces, des territoires et des Premières nations atteindront 600 millions de dollars en 2000-2001. Ces fonds seront affectés directement à une série de programmes touchant, entre autres, les prestations pour enfants, la couverture complémentaire de l'assurance-maladie, les services de garde d'enfants et les services aux enfants à risque.

** Soulignons que le Canada n'a pas de mesure officielle de la pauvreté. On mentionne le plus souvent le seuil de faible revenu (SFR) de Statistique Canada., une mesure relative fondée sur un montant en dollars au-dessous duquel une famille est considérée comme ayant un faible revenu. Le SFR présenté ici a été calculé à partir du revenu net d'impôt.

La plupart des familles canadiennes ont dû faire face à une augmentation des pressions économiques et des contraintes de temps, mais la majorité d'entre elles ont bien maîtrisé la situation, et la mise en place de quelques mesures a même semblé améliorer la situation. En 1996, 93 p. 100 des enfants canadiens âgés de 13 ans et moins vivaient dans des familles qui fonctionnaient de manière adéquate, ce que l'on définit par la capacité des membres d'une famille de faire face aux problèmes de tous les jours, de communiquer et d'interagir entre eux. Cette définition a permis d'établir que seulement 7 p. 100 des familles étaient considérées comme éprouvant de la difficulté à fonctionner de façon saine, ce qui représente une légère amélioration par rapport à 1994.

Les conclusions d'un nombre croissant de recherches scientifiques laissent supposer que le succès des premières années de l'enfant constitue la clé du développement à long terme de la santé. À partir de ce fait, et dans le but d'aider les parents à équilibrer leurs responsabilités familiales et professionnelles, le gouvernement du Canada s'est engagé à donner aux parents la possibilité de prendre plus de congés du travail pour passer plus de temps à prendre soin d'un nouveau-né ou d'un enfant récemment adopté pendant l'importante première année de sa vie. Le congé parental prévu dans le programme de l'assurance-emploi sera prolongé, et les avantages sociaux seront plus souples et plus accessibles à compter du 1er janvier 2001. Le programme d'assurance-emploi fournit actuellement jusqu'à six mois de congé de maternité et de congé parental payé. Le taux de remplacement pour ces programmes s'étend de 55 p. 100 de la rémunération assurable à un maximum de 80 p. 100 pour les familles à faible revenu admissibles au supplément au revenu familial. Le gouvernement fédéral a proposé que la durée du versement du montant maximal pour les congés payés en rapport avec les enfants soit doublée à une année. Ces avantages seront plus facilement accessibles, car ils contribueront à réduire les conditions d'admissibilité de 700 à 600 heures de travail assurable. Les parents qui reçoivent des prestations pourront aussi travailler environ une journée par semaine sans que leurs prestations s'en trouvent réduites. Les prestations de prolongation seront disponibles pour les parents ayant un enfant né ou adopté le ou après le 31 décembre 2000.

4.6 Développement, éducation et alphabétisation des jeunes enfants

Comme dans le cas des services de santé, l'accès aux initiatives, à l'éducation et à l'alphabétisation pour les jeunes enfants crée et augmente les occasions pour les enfants de favoriser leur épanouissement et de devenir des membres actifs de la société dans laquelle ils vivent.

Développement de la petite enfance

Pour les familles canadiennes, les nouveaux investissements des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sont rendus possibles grâce à l'Initiative de développement de la petite enfance (voir la section 3) et se traduiront par un meilleur accès aux services, comme les cours prénataux et les services d'accueil, les programmes préscolaires et les services de garde, ainsi que l'information aux parents et le soutien familial, ce qui complétera la disponibilité et la variété actuelles des programmes de garde d'enfants et des programmes éducatifs, comme les garderies éducatives, les garderies, les centres de jour ainsi que les programmes mère-enfant, dont les enfants canadiens profitent déjà. En 1994-1995, quelque 192 000 (39 p. 100) enfants âgés de 2 et de 3 ans ont participé à un quelconque programme de garde d'enfants ou programme éducatif. Le nombre d'enfants plus âgés qui prennent part à un programme éducatif est encore plus élevé. En 1996-1997, 513 000 (64 p. 100) enfants âgés de 4 et de 5 ans ont fréquenté la maternelle, 198 000 (25 p. 100) ont participé à un quelconque programme de garde d'enfants ou programme éducatif, et 85 000 (11 p. 100) sont demeurés à la maison.

Le gouvernement du Canada continue d'aider les parents à compenser les frais rattachés à la garde d'enfants par le biais de la déduction pour frais de garde d'enfants. Le budget de 1998 a entraîné une augmentation de la déduction pour frais de garde d'enfants dans l'impôt sur le revenu des particuliers; cette déduction est passée de 5 000 $ à 7 000 $ pour les enfants âgés de moins de 7 ans, et de 3 000 $ à 4 000 $ pour les enfants âgés de 7 à 16 ans.

Le programme des services de garde à l'intention des Premières nations et des Inuits a été mis en place en 1995 et a permis de créer ou d'améliorer 7 000 places de qualité en garderie dans les réserves et dans les communautés inuites. La gestion et la prestation du programme sont assurées par des membres des Premières nations et des Inuits, qui disposent d'une aide financière annuelle de 41 millions de dollars du gouvernement du Canada.

Éducation et alphabétisation

D'après la loi gouvernementale provinciale, l'éducation est obligatoire au Canada, dans la plupart des cas, jusqu'au niveau secondaire, ce qui correspond aux enfants âgés de 14 à 18 ans. En ce qui concerne l'école primaire, le Canada possède un fort pourcentage d'enfants qui s'inscrivent en 1re année d'école primaire et qui atteignent par la suite la 5^{e} année. De 1986 à 1993, ce taux était de 96 p. 100 et il a augmenté jusqu'à 99 p. 100 au cours de la période de 1990 à 1995. De la même manière, la proportion des enfants en âge d'aller à l'école primaire et inscrits à l'école primaire est elle aussi très élevée, même si on peut observer une légère diminution depuis le milieu des années 1980. De 1993 à 1995, 96 p. 100 des

garçons et 94 p. 100 des filles en âge d'aller à l'école primaire étaient inscrits dans une école primaire. Les facteurs tels que l'amélioration de la collecte des données, les estimations pour les années sans recensement et les changements techniques apportés à la définition de la scolarisation peuvent avoir contribué à cette baisse observée.

Le gouvernement du Canada a élaboré une nouvelle initiative dans le but d'améliorer l'accès à l'éducation postsecondaire et de minimiser l'endettement des étudiants au terme des études. La Subvention canadienne pour l'épargne-études est un élément visant à inciter les individus à déposer des fonds dans les régimes enregistrés d'épargne-études (REEE).La subvention fournit un montant additionnel de l'ordre de 20 p. 100 qui peut atteindre 400 $ par année pour la première tranche de 2 000 $ placée chaque année dans un REEE pour les enfants canadiens âgés de 0 à 17 ans. Elle vise à encourager les familles à préparer leurs enfants dès leur jeune âge aux aspects financiers, sociaux et universitaires de l'éducation postsecondaire. Depuis la création du programme, le nombre de contrats de REEE a plus que doublé, et le nombre de prestataires augmente de façon constante. En mars 2000, 15 p. 100 des enfants canadiens étaient prestataires d'un REEE, et 1,1 million de prestataires recevaient une subvention. L'épargne investie dans les REEE a augmenté de 2,4 milliards de dollars en 1997 à 6 milliards de dollars à la fin de 1999, soit une augmentation de 150 p. 100 des biens. La Subvention canadienne pour l'épargne-études est accordée en collaboration avec le secteur des services financiers et plusieurs ministères du gouvernement du Canada.

Les Indiens inscrits ont connu une croissance soutenue de leur niveau de scolarisation entre 1991 et 1996, à la fois dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci. Le nombre total d'enfants dans les réserves inscrits dans une école maternelle et dans une école primaire ou secondaire a augmenté de 37 p. 100 entre 1988-1989 et 1998-1999. Un plus grand nombre d'Indiens inscrits terminent leur scolarité. Pour les Indiens inscrits, le pourcentage de ceux qui obtiennent un diplôme universitaire a augmenté de 2,0 p. 100 en 1991 à 3,0 p. 100 en 1996. Le nombre d'Indiens inscrits et d'Inuits inscrits dans un établissement postsecondaire a presque doublé entre 1988-1989 et 1998-1999. Le taux d'inscription au niveau postsecondaire au sein de la population des Indiens inscrits âgés de 17 à 34 ans est demeuré constant de 1994-1995 à 1997-1998. En 1996, parmi la population des Indiens inscrits de 15 ans et plus et allant à l'école, 80,5 p. 100 fréquentaient l'école à plein temps, soit 10 p. 100 de plus que la population canadienne totale.

Les capacités de lecture s'avèrent essentielles pour participer pleinement dans le monde actuel. L'éducation et l'alphabétisation des parents peuvent avoir des conséquences positives sur le niveau d'instruction d'un enfant. Le Canada jouit en général d'un taux élevé d'adultes alphabétisés; en 1995, une proportion de 97 p. 100 des personnes âgées de 15 ans et plus étaient capables de lire et d'écrire un texte général sur leur vie de tous les jours.

4.7 Enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles

La gamme des conditions qui décrivent les enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles est diversifiée. Ces conditions s'éloignent considérablement de celles qui sont décrites dans la présente section et elles concernent les enfants exploités sexuellement, les enfants réfugiés, les enfants pris en charge par l'État, la vente et le trafic d'enfants et beaucoup d'autres. Un point commun regroupe tous ces enfants : ils vivent tous une situation qui représente un obstacle à leurs droits, à leur bien-être et à leur développement, ou qui compromet ces derniers. Les mesures efficaces mises en place par le gouvernement permettent de réduire les répercussions de ces conditions difficiles sur les enfants, de mettre l'accent sur la prévention en travaillant avec les enfants qui risquent de les connaître, ou de combiner ces approches.

Les enfants autochtones

Il est possible de constater les différences sur le plan des conditions socioéconomiques qui prévalent entre les Indiens inscrits, les Indiens inscrits vivant dans des réserves et la population canadienne totale, à la fois à l'intérieur des communautés des Premières nations et dans l'ensemble de la population du Canada. Toutefois, l'écart continue de se rétrécir entre ces groupes. Au cours de la période de 1990 à 1995, on a apporté des améliorations en vue de diminuer l'écart entre les salaires. En ce qui concerne les Indiens inscrits vivant dans des réserves, on a observé une augmentation pour ceux qui ont terminé l'apprentissage d'un métier ou une formation non universitaire entre 1991et 1996. Parmi la population des Indiens inscrits, les revenus des femmes provenant d'un emploi, calculés en pourcentage de ceux des hommes, ont augmenté pendant la période de 1990 à 1995. On trouvera à la section 4.6 les chiffres statistiques sur le niveau de scolarisation des Autochtones. Dans d'autres domaines, d'importants défis s'opposent encore au progrès. Dans une étude consacrée à une communauté d'une Première nation du Manitoba, les taux du syndrome alcoolique foetal (SAF) et de l'effet de l'alcool sur le fœtus (EAF) se sont avérés de 10 à 30 fois plus élevés que ceux de la fréquence mondiale. En 1996-1997, les enfants des Premières nations étaient également cinq fois plus susceptibles d'être à la charge des agences du Service à l'enfance et à la famille (SEF) que la moyenne nationale. Le rapport entre les enfants indiens inscrits vivant dans les réserves pris en charge et les enfants indiens inscrits vivant dans les réserves âgés de 16 ans et moins est demeuré stable au cours des cinq dernières années. Enfin, le taux de suicide chez les peuples autochtones est trois fois plus élevé que le taux ayant trait aux personnes non autochtones. Le taux de suicide chez les femmes des Premières nations âgées entre 15 et 24 ans est huit fois plus élevé que le taux national chez les femmes du même groupe d'âge. La section 3, intitulée *Mesures prises à l'échelle nationale*, présente quelques exemples de mesures prises par le gouvernement canadien à l'égard des Autochtones.

Les enfants pris en charge

Le Canada, dans son ensemble, ne dispose pas d'une définition uniforme pour désigner les enfants pris en charge puisque les conditions nécessaires pour qu'un enfant soit pris en charge varient selon les compétences provinciales et territoriales. De manière générale, les enfants pris en charge représentent les enfants qui, après avoir souffert de mauvais traitements ou de négligence, sont pris en charge par les

bureaux de la protection de l'enfance des provinces ou des territoires, qui en assument la responsabilité de façon temporaire ou permanente.

En mars 1990, on comptait environ 30 180 enfants pris en charge (ce qui ne comprend pas les données de la province de Québec, qui n'étaient pas disponibles à ce moment-là). En mars 1999, il y en avait à peu près 41 940 (chiffre qui exclut les données du Québec). Les données estimatives du Québec ne sont devenues disponibles qu'en mars 1998, mais les données les plus récentes démontrent qu'il y a 20 510 enfants pris en charge au Québec, ce qui porte le grand total d'enfants pris en charge au Canada à quelque 62 450 pour 1999.

Les enfants ayant une déficience

Certains exemples de législation au Canada indiquent un besoin de faciliter, de manière raisonnable, la vie des personnes qui ont une déficience, y compris les enfants. Au cours des dix dernières années, la proportion des enfants canadiens ayant une déficience a connu un léger changement. En 1991, la proportion des Canadiens de moins de 19 ans qui avaient une limitation d'activité ou une incapacité était de 7,2 p. 100. En 1996-1997, cette proportion a augmenté à 7,7 p. 100. Dans les collectivités des Premières nations, les taux de déficience sont deux fois plus élevés que la moyenne nationale. Les mesures déployées au profit des personnes handicapées sont des priorités constantes pour les gouvernements à travers le Canada. Parmi les mesures prises récemment par le gouvernement fédéral en faveur des Canadiens handicapés figurent un meilleur accès à des bourses d'études, à des subventions et à des prêts au logement, à l'aide à l'emploi, ainsi qu'à une gamme de crédits d'impôts.

Les enfants exploités sexuellement

La lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants est une responsabilité que partagent au Canada différents paliers gouvernementaux et de nombreux organismes et organisations non gouvernementaux. Le gouvernement du Canada, par le biais du travail d'un comité interministériel fédéral, élabore et promeut une stratégie canadienne en réponse à la Déclaration et au Plan d'action provenant de la *Première conférence mondiale contre l'exploitation sexuelle des enfants*, qui s'est tenue à Stockholm en 1996. Cette stratégie comprend la participation des enfants, la prévention, la protection, le rétablissement et la réintégration, la collecte et la diffusion de renseignements, la coopération internationale et le suivi. Le comité publie et met à jour un rapport dressant la liste des activités gouvernementales qui concourent à éliminer l'exploitation sexuelle des enfants. L'un des éléments les plus importants de la stratégie nationale canadienne est l'ouverture et le maintien de canaux de communication.

En mai 1997, le projet de loi C-27 a entraîné des modifications au *Code criminel* afin que des poursuites puissent être engagées au Canada contre les individus qui se livrent au tourisme sexuel impliquant des enfants lors de séjours à l'étranger, et qu'il soit plus facile de procéder à l'arrestation et à la poursuite en justice des personnes qui ont recours aux services de prostitution juvénile au Canada. Le projet de loi prévoit également une peine minimale de cinq ans d'emprisonnement pour tout individu qui

vit des produits de la prostitution d'une personne âgée de moins de 18 ans, qui use de violence à son égard et qui l'aide à se livrer à la prostitution pour l'argent.

Le gouvernement fédéral a mis en place un processus de consultation par l'entremise du Comité permanent fédéral-provincial-territorial des représentants des droits de la personne, afin d'examiner toute mesure de mise en œuvre nécessaire en vue du *Protocole facultatif concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie impliquant des enfants* pour les compétences fédérale, provinciales et territoriales, en prévision de la signature et de la ratification éventuelles de cet instrument par le Canada.

Le travail des enfants et des jeunes

Le travail fondé sur l'exploitation des enfants, ou tout autre travail qui risque de nuire au développement ou à l'éducation des enfants, n'est pas considéré comme un défi national au Canada. Il existe déjà des lois dans les provinces canadiennes pour restreindre le travail des enfants âgés de moins de 14 ou 15 ans dans la plupart des cas. Le gouvernement du Canada a aussi imposé des restrictions sur l'emploi des enfants de moins de 17 ans dans les milieux de travail fédéraux. Toutes ces restrictions visent à interdire tout travail qui nuit à la scolarité obligatoire des enfants conformément aux lois provinciales.

La proportion de jeunes de 15 à 19 ans participant à la main-d'oeuvre au Canada a diminué, entre 1990 et 1996, de 59 p. 100 à 48,1 p. 100 chez les garçons et de 56 p. 100 à 46,6 p. 100 chez les filles. Plus récemment, en 1998, ce taux est demeuré stable avec une légère augmentation à 48,3 p. 100 chez les garçons et à 47,9 p. 100 chez les filles. La majorité des emplois occupés par les jeunes sont enrichissants, car ils permettent à ces derniers de vivre de nombreuses expériences inédites et d'obtenir des renseignements sur leur cheminement personnel et sur leur carrière auprès de diverses sources. Ces expériences favorisent les droits des enfants plutôt que de les léser.

Le Canada est malgré tout conscient de la menace du travail qui exploite les enfants à l'échelle nationale et internationale. Il s'est donc engagé à prendre des mesures adéquates pour empêcher l'emploi d'enfants pour des travaux dangereux et pour aborder les problèmes à cet égard. À cette fin, le Canada a ratifié la *Convention 182 de l'OIT sur les pires formes de travail des enfants* le 6 juin 2000, à la suite de consultations menées auprès des provinces et des territoires ainsi que des associations patronales et syndicales. La Convention a pour but d'éliminer les pires formes de travail des enfants, comme toutes les formes d'esclavage (telles que la servitude pour dettes et le recrutement forcé des enfants en vue de leur utilisation dans des conflits armés), l'usage d'enfants à des fins de prostitution, la pornographie et le trafic de stupéfiants, et le travail susceptible de nuire à la sécurité et à la santé morale et physique des enfants.

Au moment de la ratification, le Canada a annoncé qu'il fournirait une aide de quinze millions de dollars sur une période de cinq ans (trois millions par année) à l'Organisation internationale du travail (OIT) pour la mise en œuvre de programmes sur l'élimination du travail des enfants. Sur cette somme, trois millions de dollars ont déjà été attribués au Programme d'information statistique et de suivi sur le travail des enfants, un programme de l'OIT qui vise à aider cinquante pays membres à produire les

données d'ensemble propres à toutes les formes de travail des enfants, afin d'améliorer la compréhension des problèmes pour mieux concentrer les efforts visant à éliminer le travail des enfants. Au cours des quatre prochaines années, des subventions totalisant douze millions de dollars seront versées dans les programmes de l'OIT qui visent l'élimination du travail des enfants.

4.8 Enfants dans des conflits armés et dans l'édification de la paix

Un des objectifs les plus urgents dans le domaine de la sécurité humaine consiste à protéger les enfants touchés par la guerre. Depuis une dizaine d'années, les conflits armés ont fait d'innombrables victimes parmi les enfants : près de deux millions de morts, plus de quatre millions d'infirmes et plus de un million d'orphelins. Plus de dix millions d'enfants ont été psychologiquement marqués par les traumatismes subis à la suite d'enlèvements, de mises en détention, d'agressions sexuelles et de l'assassinat de membres de leur famille.

Le sort de ces enfants préoccupe profondément le Canada et occupe une place importante dans sa politique étrangère. C'est pourquoi le Canada a joué un rôle de chef de file dans la négociation et l'adoption du *Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant concernant l'implication d'enfants dans les conflits armés*, et qu'il a été le premier pays à signer et à ratifier le *Protocole facultatif* en juin et en juillet 2000, respectivement. En prenant cette initiative, le gouvernement fédéral a travaillé en consultation avec le ministère de la Défense nationale afin de modifier l'article 34 de la *Loi sur la défense nationale* (projet de loi S-18) en vue d'inscrire dans la loi la politique des Forces canadiennes de ne pas déployer des personnes de moins de 18 ans dans les théâtres d'opérations hostiles. Le Canada continuera d'encourager la ratification et la mise en application du *Protocole facultatif* par le plus grand nombre possible de pays, afin d'en accélérer l'entrée en vigueur et de mettre un terme au recrutement et au déploiement forcés d'enfants-soldats.

Dans le cadre de ces efforts, le Canada a accueilli plus de 800 délégués à la toute première Conférence internationale sur les enfants touchés par la guerre, qui s'est tenue à Winnipeg du 10 au 17 septembre 2000. La participation des jeunes était un des objectifs clés de cette conférence et elle s'est avérée un succès. Les délégués des jeunes ont débuté en tenant leurs propres séances privées et ont ensuite participé à la Conférence à titre de délégués de plein droit à la réunion d'experts et à la réunion ministérielle. La réunion d'experts, qui a rassemblé des gouvernements, des ONG, des chercheurs, des représentants des médias et du secteur privé ainsi que des jeunes, a entraîné la présentation de recommandations axées sur l'avenir pour que les différents acteurs de la communauté internationale prennent des mesures. Parmi les principaux thèmes qui ont ressorti de la conférence, citons l'importance de l'éducation relativement à la réadaptation et à l'édification de la paix pour surmonter les nombreuses difficultés auxquelles font face les enfants touchés par la guerre, la prévention des conflits, le lien entre le VIH/sida, les conflits et les enfants, la nécessité de mettre fin à l'impunité et d'accroître la responsabilisation, et la résilience des jeunes et le rôle important que ceux-ci doivent jouer dans la reconstruction et l'édification de la paix. La réunion ministérielle, à laquelle ont assisté plus de quarante ministres et représentants de 132 gouvernements, a entraîné l'appui des gouvernements à l'égard d'un

programme international sur les enfants touchés par la guerre. On a mis sur pied un comité directeur responsable de la surveillance du suivi de la conférence internationale et de la prestation de conseils à cet égard. De plus, les résultats de la conférence contribueront à la session extraordinaire des Nations Unies sur les enfants de 2001.

En avril 2000, le Canada et la Ghana ont parrainé conjointement la Conférence sur les enfants touchés par la guerre en Afrique de l'Ouest, qui a démontré la façon dont les principaux acteurs pouvaient s'engager à prendre des mesures à l'égard des problèmes auxquels font face les enfants touchés par la guerre. Par le biais des réseaux bilatéraux, régionaux et multilatéraux actuels, le Canada participe activement à la protection des enfants touchés par la guerre, tout comme les pays qui prennent des engagements envers ces enfants et qui sont de plus en plus nombreux à le faire, et il tente d'intégrer cette question dans le programme des Nations Unies, de l'OEA, de l'OSCE, de l'OUA et de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO). Le Canada a été un défenseur important de la mise en place des mécanismes institutionnels pour la protection des enfants auprès des organismes régionaux. Aux Nations Unies, le Canada soutient le représentant spécial du Secrétaire général pour la protection des enfants en période de conflit armé et les organismes des Nations Unies, en particulier l'UNICEF et le Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés. Au Conseil de sécurité, le Canada a considéré le problème des enfants touchés par la guerre comme un élément clé dans les initiatives visant à promouvoir la protection de la société civile dans les conflits armés, et il a appuyé vigoureusement les initiatives du Conseil de sécurité de sorte que les besoins des enfants soient compris dans les opérations de paix et dans la formation sur l'édification de la paix.

Depuis 1995, le programme d'assistance humanitaire internationale de l'Agence canadienne de développement international (ACDI) a contribué pour plus de 25 millions de dollars aux activités axées directement sur les enfants touchés par les conflits armés. D'autres projets ont été effectués dans le cadre des programmes bilatéraux que l'ACDI mène dans divers pays de concert avec des ONG canadiennes et d'autres organismes comme l'UNICEF et la Croix-Rouge. Le Fonds canadien d'initiatives locales a également subventionné des projets en collaboration avec des ONG locales. En outre, l'ACDI a soutenu le travail du Bureau du représentant spécial du Secrétaire général pour les enfants et les conflits armés, en encourageant la collaboration avec les autres agences et bureaux des Nations Unies. L'ACDI a aussi mis en place un *Programme cadre pour les enfants touchés par les conflits armés*, qui donne des directives pour l'élaboration de programmes. Elle a compilé un *Sondage sur l'expérience canadienne de programmes pour les enfants touchés par les conflits armés* qui donne un profil de l'expérience des partenaires canadiens avec les enfants touchés par des conflits selon le secteur (santé, éducation, etc.) et le lieu géographique.

En collaboration avec plusieurs autres États et ONG, le Canada a joué un rôle prédominant dans la mise en place et la mise en vigueur de la *Convention sur l'interdiction de l'emploi, du stockage, de la production et du transfert des mines antipersonnel et sur leur destruction*. Le Canada considère la Convention comme le cadre le plus adéquat pour enrayer le fléau mondial des mines antipersonnel et pour s'assurer de l'élimination éventuelle de cette arme qui frappe sans discrimination. En décembre 1997, le Canada est devenu le premier pays à signer et à ratifier cette convention.

La *Loi de mise en œuvre de la Convention sur les mines antipersonnel* S législation mettant en vigueur la *Convention sur l'interdiction de l'emploi, du stockage, de la production et du transfert des mines antipersonnel et sur leur destruction* S a reçu la sanction royale le 27 novembre 1997. Cette loi interdit la mise au point, la production, l'acquisition, la possession, le transfert, le stockage et la mise en place de mines antipersonnel et exige que le gouvernement du Canada détruise toutes les mines antipersonnel entreposées par le Canada (même si la destruction des stocks a eu lieu avant que le Parlement approuve la loi).

En 1998, le Canada a créé un fonds étalé sur cinq ans pour soutenir les programmes conformes aux objectifs de la Convention. Jusqu'à ce jour, le Canada a dépensé des millions de dollars provenant de ce fonds pour soutenir le déminage et les activités connexes de repérage, l'aide aux victimes ainsi que les programmes d'alerte aux dangers des mines dans chaque région du monde touchée par les mines. De plus, le Canada a subventionné la collectivité internationale non gouvernementale pour soutenir les activités viables menant à l'universalisation éventuelle de la nouvelle norme internationale suggérée par la Convention.

4.9 Protection de l'environnement

De plus en plus, les données démontrent que de nombreux problèmes de santé dont souffrent les enfants sont causés ou exacerbés par la pollution de l'environnement, et que l'exposition des enfants aux dangers environnementaux a des conséquences qui diffèrent de celles touchant les adultes et qui sont souvent plus graves que dans le cas des adultes. Les fœtus en développement et les bébés et les enfants sont en croissance rapide : leurs cellules se multiplient et leurs organes (comme le cerveau, le foie et le système immunitaire) se développent à un rythme plus rapide qu'à n'importe quel autre moment de leur vie. Mais les toxines environnementales perturbent ces processus complexes et peuvent causer des maladies, des incapacités et même provoquer un décès prématuré. Les enfants prennent plus d'air, d'eau et de nourriture en rapport avec leur poids corporel, ce qui peut entraîner des effets disproportionnés des risques environnementaux.

La protection, le développement durable et la salubrité de l'environnement des enfants sont prioritaires pour le gouvernement du Canada. Ce dernier a mis en place plusieurs initiatives pour aborder les problèmes qui touchent la salubrité de l'environnement des enfants. En 1997, le Canada a signé la Déclaration de Miami tout comme les autres pays du G8, dans laquelle on a traité des méthodes pour l'évaluation des risques et l'établissement des normes, du plomb, d'une eau potable salubre sur le plan microbiologique, des substances chimiques qui perturbent la fonction endocrinienne, de la fumée de tabac ambiante et de la qualité de l'air. Également, le Canada a soutenu en principe la déclaration ministérielle européenne de 1999, qui a été parrainée par l'OMS et qui comprenait des engagements à l'égard de la santé des enfants et de l'environnement. Plus récemment, le Canada s'est engagé à élaborer un programme de concertation à long terme avec le Mexique et les États-Unis, afin d'aborder les problèmes propres à la salubrité de l'environnement des enfants, conformément à la Commission nord-américaine de coopération environnementale.

Le gouvernement du Canada s'engage aussi à favoriser la collaboration intersectorielle et à travailler conjointement avec les ONG pour s'attaquer à la salubrité de l'environnement des enfants. En 1996, le gouvernement fédéral, avec les représentants de divers organismes, du secteur privé et du monde universitaire, a participé à un programme lancé par l'Institut canadien de la santé infantile (ICSI) qui comprenait un symposium national, des activités de recherche sur la santé et l'environnement des enfants et des mesures de sensibilisation à cet égard. À l'été 2000, le gouvernement du Canada a parrainé un atelier sur la mise en place d'un programme visant à améliorer la salubrité de l'environnement des enfants (Our Children, Our Health : Towards a Children's Environmental Health Agenda), dans le but d'établir les secteurs où la prise de mesures s'imposait le plus.

On a établi un lien entre les risques environnementaux et la plupart des causes principales de décès, de maladie et d'hospitalisation chez les enfants canadiens (âgés de 0 à 19 ans), dont l'insuffisance de poids à la naissance et les anomalies congénitales, les blessures accidentelles, le cancer, le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN), les infections respiratoires et l'asthme. Au cours des vingt dernières années, il y a eu quatre fois plus de cas d'asthme chez les enfants; de nos jours, 12 p. 100 des enfants canadiens (âgés de 0 à 19 ans) en souffrent, et 29 000 enfants sont hospitalisés chaque année. De plus, l'exposition à la fumée de tabac ambiante à la maison est la cause de l'apparition de divers problèmes de santé chez les enfants. Au Canada, 33 p. 100 des enfants de moins de 12 ans sont exposés régulièrement à la fumée de tabac à la maison. Par surcroît, l'exposition des enfants à l'eau polluée, aux pesticides, aux polluants organiques et aux autres produits chimiques peut avoir de graves répercussions sur le développement de leur fonction endocrinienne et de leur système immunitaire.

Certaines améliorations ont été apportées en rapport avec les niveaux de toxine dans l'environnement. Le Canada a réduit la plombémie chez les enfants et les adultes, ce qui le classe parmi les bas niveaux des pays développés : il a réduit la teneur en plomb de 11,9 microgrammes par litre en 1984 à 3,5 microgrammes par litre en 1992. Le Canada a également réduit ses émissions de dioxyde de carbone. Entre 1989 et 1994, les émissions de dioxyde de carbone par habitant provenant de la combustion de combustibles fossiles ont chuté de 16,55 tonnes à 15,65 tonnes.

Il reste nécessaire d'effectuer une recherche coordonnée, intégrée et globale pour établir la nature exacte du lien qui prévaut entre les risques environnementaux et la santé des enfants. Le gouvernement du Canada s'est engagé à élaborer et à mettre en œuvre des mesures visant à aborder les problèmes de salubrité de l'environnement des enfants, et il continuera d'agir en ce sens à l'avenir.

5. Leçons tirer

Les actions prises en faveur des enfants au cours des dix dernières années ont procuré au Canada une gamme d'expériences importantes relativement aux interventions les plus efficaces et aux prises de mesures gouvernementales qui s'avéreraient les mieux structurées pour les enfants.

La première leçon apprise qui s'applique aux initiatives éventuelles pour les enfants dit que *les mesures efficaces pour les enfants nécessitent une très grande coordination dans tous les ministères et entre les différents paliers gouvernementaux*. En plus de représenter une constatation importante dans l'évaluation du projet *Grandir ensemble*, une meilleure coordination au sein des ministères et entre les différents paliers gouvernementaux est également adéquate pour de nombreuses autres initiatives où les objectifs des programmes sont à la fois multisectoriels et variés, tout comme les besoins des enfants. Au Canada, de nombreux ministères du gouvernement fédéral se partagent la responsabilité du bien-être des enfants. Tel qu'il a déjà été mentionné, les gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux se partagent ces responsabilités et ils jouent tous un rôle distinct et complémentaire pour assurer le soutien aux enfants et aux familles. Il existe un besoin permanent, pour les différents paliers gouvernementaux, de renforcer la collaboration interministérielle avec le gouvernement du Canada en vue d'améliorer l'efficacité des mesures prises en rapport avec les enfants.

En ce qui concerne l'efficacité des diverses mesures gouvernementales touchant les enfants, l'expérience a démontré qu'*une forte participation sociale à grande échelle, associée à une attention supplémentaire sur la prévention chez les enfants les plus à risque*, pouvait améliorer le bien-être des enfants et contrebalancer les effets de la pauvreté et de l'inégalité. Un système de soins de santé viable, accessible à tous les enfants canadiens, demeure l'investissement le plus important pour la santé des enfants canadiens. L'accessibilité à l'éducation publique et la qualité de celle-ci se révèlent également des éléments importants pour le développement de l'enfant. Ces programmes universels sont souvent complétés par des initiatives plus précises visant ceux qui risquent de ne pas atteindre une qualité optimale de santé et de développement. Ensemble, les approches sélectives et universelles permettent aux gouvernements de joindre tous les citoyens et de porter une attention particulière à ceux qui sont vraiment dans le besoin.

Tout au long des années 1990, on a porté une attention marquée aux enfants et aux familles pauvres du Canada. Pendant ce temps, la priorité du gouvernement du Canada ainsi que des gouvernements provinciaux et des territoires était de s'attaquer aux causes du faible revenu des familles avec enfants et d'en diminuer les conséquences. Comme il est décrit en détail à la section 4, les mesures prises étaient à grande échelle, mais les résultats ont été variables. L'expérience des années 1990 a démontré qu'un *mélange complexe de facteurs mène à la pauvreté* et qu'une vaste association de mesures touchant tous les aspects du développement de l'enfant sont nécessaires pour s'attaquer aux répercussions de la pauvreté sur les enfants et les familles. Cette approche globale visant à intervenir face à la pauvreté a influencé les mesures gouvernementales et elle est manifeste dans les mesures décrites dans le présent rapport et, de façon particulière, dans les sections 3 et 4.5.

Le droit d'un adolescent de donner son opinion dans les décisions qui le concernent est reconnu par la *Convention relative aux droits de l'enfant*. Le Canada a donc intégré les principes de la participation

des jeunes dans les initiatives liées au développement collectif et économique, à la santé des jeunes, à la protection de l'environnement, à la justice pour les jeunes, à l'exploitation sexuelle, au développement international et à la promotion de la diversité culturelle. Ces initiatives ont permis de tirer d'importantes leçons sur les méthodes les plus adéquates et les plus efficaces pour favoriser la participation des jeunes gens, ainsi que sur la nécessité d'augmenter davantage l'intervention des jeunes. Entre autres, on a constaté ce qui suit : *les modèles de comportement des pairs, les personnes-ressources pour jeunes adultes et les techniques d'enfant à enfant* constituent des méthodes efficaces pour valoriser la participation des enfants; *les jeunes apprennent mieux en agissant*, en participant activement et directement plutôt qu'en se faisant dire quoi faire; une fois qu'ils sont mis à contribution, *les jeunes ont tendance à passer à des affaires communautaires plus générales, multipliant ainsi les bénéfices de leur participation initiale* partout dans leur communauté; pour participer au travail, *les jeunes doivent pouvoir exprimer leurs opinions et leur créativité librement.*

Les divers besoins d'un enfant sont comblés par plusieurs acteurs, mais comme la *Convention relative aux droits de l'enfant* le démontre, les parents et la famille jouent un rôle primordial en lui fournissant les soins et la nourriture nécessaires pour assurer son bon développement physique, moral, social et spirituel. Par ces nombreuses initiatives pour les enfants, le Canada en est venu à comprendre *l'importance de la participation des parents et de la famille*. Il cherche à mettre en application ce principe pour que les parents puissent soutenir leurs enfants et pour que le gouvernement soit en mesure de trouver des moyens efficaces d'aider les parents dans leur rôle.

En dehors des rôles joués par les parents, les familles et les gouvernements, il existe une grande et riche diversité d'acteurs qui influencent le bien-être des enfants. *Les gouvernements ont appris que le fait d'encourager les partenariats parmi cette diversité d'acteurs s'avérait un puissant outil favorisant l'élaboration d'approches innovatrices pour satisfaire les besoins des enfants*. Les différents paliers gouvernementaux, les municipalités, les organisations bénévoles, les associations professionnelles, les écoles et le secteur privé sont engagés dans des partenariats couvrant des secteurs tels que la santé, la sécurité de l'enfant, le développement de la collectivité, les loisirs, les arts et la culture, l'éducation et le soutien à l'égard de la participation des jeunes.

D'importantes leçons ont aussi été apprises en ce qui a trait à l'assurance du bien-être des peuples autochtones du Canada. La population autochtone est sensible aux variations et aux fluctuations de l'économie nationale. En outre, l'isolement relatif de nombreuses communautés des Premières nations freine les occasions de développement économique. *L'amélioration de la sécurité du revenu fournit plus de possibilités aux peuples autochtones*. Par exemple, dans le cadre du plan d'action du gouvernement du Canada pour les questions autochtones *Rassembler nos forces*, la Stratégie de développement des ressources humaines autochtones crée des partenariats complets entre le gouvernement fédéral et les communautés autochtones. Conformément à la Stratégie, les signataires d'ententes autochtones peuvent concevoir et fournir des programmes relatifs au marché du travail, des projets en matière de garde des enfants et des programmes d'aptitude à l'emploi, afin d'assurer que les Canadiens autochtones aient accès aux débouchés du marché du travail et, par le fait même, à un meilleur niveau de vie.

Ensuite, *le fait d'augmenter la capacité pour les établissements autochtones de fournir des soins et de la nourriture aux enfants de leur propre communauté* renforce la croissance vérifiable et culturellement

adéquate de la capacité communautaire. Le travail en partenariat avec les collectivités et les organisations autochtones fait en sorte que des mesures seront prises pour favoriser la santé, l'aspect social et la sécurité publique des enfants autochtones. En élaborant des programmes axés sur les enfants et les familles autochtones et en travaillant avec les organisations et les communautés autochtones, on pourra mettre au point des solutions appropriées pour satisfaire aux besoins particuliers et urgents des enfants autochtones.

6. Résumé

Le gouvernement du Canada s'engage à poursuivre les objectifs fixés lors du Sommet mondial pour les enfants, et, depuis 1990, il a pris une série de mesures en vue de mettre en œuvre les droits des enfants et d'améliorer leur bien-être. Par le biais des efforts collectifs des Canadiens et de l'ensemble des paliers gouvernementaux, le Canada a réalisé des progrès relativement à l'atteinte d'une grande partie des objectifs du Sommet mondial, et il continuera de travailler à l'échelle nationale et internationale pour s'assurer de l'atteinte des idéaux du Sommet.

Les efforts du Canada en rapport avec l'atteinte des objectifs du Sommet mondial renfermaient des mesures visant à améliorer la sécurité, la sûreté, la santé et le développement des enfants, et à promouvoir la mise en œuvre de leurs droits en vertu de la *Convention relative aux droits de l'enfant*. Les initiatives particulières entreprises par les gouvernements comprenaient, entre autres, l'amélioration du développement de la petite enfance, l'expansion de la couverture vaccinale, l'amélioration de l'accès à l'information pour les enfants au moyen d'Internet, le renforcement de la protection des enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles et l'accroissement du soutien économique pour les enfants et leur famille. Des progrès ont été réalisés dans ces domaines et dans d'autres, mais il n'en demeure pas moins qu'il est toujours aussi important de travailler conjointement afin d'assurer et d'améliorer le bien-être des enfants du Canada et du monde entier.

Les mesures éventuelles qui se rattachent aux enfants seront prises en fonction des principes de la *Convention relative aux droits de l'enfant*, et elles seront élaborées à partir des nombreuses leçons tirées des expériences des communautés, des associations bénévoles et des gouvernements au cours de la dernière décennie. Toutes ces expériences et les nombreux engagements serviront à renforcer les efforts du Canada visant à assurer le bien-être, la protection et la participation des enfants et des jeunes à l'aube du nouveau millénaire.

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Annexes

Annexe 1

INDICATEURS GLOBAUX POUR LE PROGRÈS DE LA SURVEILLANCE À LA FIN DE LA DÉCENNIE
Rapport sur le progrès du Canada

Note : Dans l'annexe 1, on utilise S/O quand les indicateurs sont sans objet, particulièrement ceux qui s'appliquent le plus aux pays en développement. Dans les sections où le symbole - est utilisé, on emploie ce symbole pour indiquer soit que cette donnée n'est pas officiellement compilée, soit que l'étude nationale ou les méthodes de collecte de données n'existent pas pour cet indicateur. Les autres indicateurs représentent des indicateurs comparables qui sont utilisés dans les cas où les indicateurs particuliers requis ne sont pas disponibles ou non recueillis.

	Objectif	**Description**	**1990**	**1996**	**2000**	**Résultats 1990-2000**
1	Réduction du taux de mortalité infantile et de celui des enfants de moins de 5 ans d'un tiers, soit à 50 et à 70 pour 1 000 naissances vivantes, respectivement, selon le taux le moins élevé.					
	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	Probabilité de décès entre la naissance et l'âge exact de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes.	9	7	1998 - 6	Baisse de 33,3 %
	Taux de mortalité infantile	Probabilité de décès entre la naissance et l'âge exact de un an,	6,8	5,6	1997 - 5,5 1998 - 6	Baisse de 19 %

Annexes

Annexe 1

INDICATEURS GLOBAUX POUR LE PROGRÈS DE LA SURVEILLANCE À LA FIN DE LA DÉCENNIE
Rapport sur le progrès du Canada

Note : Dans l'annexe 1, on utilise S/O quand les indicateurs sont sans objet, particulièrement ceux qui s'appliquent le plus aux pays en développement. Dans les sections où le symbole - est utilisé, on emploie ce symbole pour indiquer soit que cette donnée n'est pas officiellement compilée, soit que l'étude nationale ou les méthodes de collecte de données n'existent pas pour cet indicateur. Les autres indicateurs représentent des indicateurs comparables qui sont utilisés dans les cas où les indicateurs particuliers requis ne sont pas disponibles ou non recueillis.

	Objectif	**Description**	**1990**	**1996**	**2000**	**Résultats 1990-2000**
1	Réduction du taux de mortalité infantile et de celui des enfants de moins de 5 ans d'un tiers, soit à 50 et à 70 pour 1 000 naissances vivantes, respectivement, selon le taux le moins élevé.					
	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	Probabilité de décès entre la naissance et l'âge exact de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes.	9	7	1998 - 6	Baisse de 33,3 %
	Taux de mortalité infantile	Probabilité de décès entre la naissance et l'âge exact de un an,	6,8	5,6	1997 - 5,5 1998 - 6	Baisse de 19 %

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
		pour 1 000 naissances vivantes.	Premières nations : 11,2	1994 S 11,98	-	Hausse de 7 %
2	Réduction de moitié du taux de mortalité maternelle.					
	Taux de mortalité maternelle	Nombre de décès annuels causés par une grossesse, au moment où les femmes sont enceintes ou dans les 42 jours précédant l'accouchement, pour 1 000 naissances d'enfants vivants.	6	1995 - 4	Moins de 5 par 100 000 naissances dans les années 1990	Baisse de 33,3 %
3	Réduction de moitié des cas de malnutrition grave ou modérée parmi les enfants de moins de 5 ans.					
	Taux de prévalence de l'insuffisance pondérale	Proportion des enfants de moins de 5 ans dont le poids descend au-dessous de deux et au-dessous de trois des écarts types du poids moyen de la population de référence de NCHS/OMS.	S/O	S/O	S/O	
	Taux de prévalence de	Proportion des enfants de moins de 5	S/O	S/O	S/O	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	l'arrêt de croissance	ans dont le poids descend au-dessous de deux et au-dessous de trois des écarts types du poids moyen de la population de référence de NCHS/OMS.				
	Taux de prévalence du dépérissement	Proportion des enfants de moins de 5 ans dont le poids descend au-dessous de deux et au-dessous de trois des écarts types du poids moyen de la population de référence de NCHS/OMS.	S/O	S/O	S/O	
4	Accès universel à l'eau potable.					
	Utilisation de l'eau potable	Proportion de la population qui utilise les types d'approvisionnement en eau potable suivant : 1) eau courante; 2) eau de la ville; 3) eau de puits et par pompage; 4) eau de puits (protégés et couverts); 5) source protégée.	- <u>Premières nations :</u> 1987-1988 - 82 % des habitations des	- 1996-1997 - 96,1 % des habitations des réserves	1998 S 99 % Accès à l'eau potable dans un périmètre adéquat pour les habitations des consom-mateurs.	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
		pour 1 000 naissances vivantes.	Premières nations : 11,2	1994 S 11,98	-	Hausse de 7 %
2	Réduction de moitié du taux de mortalité maternelle.					
	Taux de mortalité maternelle	Nombre de décès annuels causés par une grossesse, au moment où les femmes sont enceintes ou dans les 42 jours précédant l'accouchement, pour 1 000 naissances d'enfants vivants.	6	1995 - 4	Moins de 5 par 100 000 naissances dans les années 1990	Baisse de 33,3 %
3	Réduction de moitié des cas de malnutrition grave ou modérée parmi les enfants de moins de 5 ans.					
	Taux de prévalence de l'insuffisance pondérale	Proportion des enfants de moins de 5 ans dont le poids descend au-dessous de deux et au-dessous de trois des écarts types du poids moyen de la population de référence de NCHS/OMS.	S/O	S/O	S/O	
	Taux de prévalence de	Proportion des enfants de moins de 5	S/O	S/O	S/O	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	l'arrêt de croissance	ans dont le poids descend au-dessous de deux et au-dessous de trois des écarts types du poids moyen de la population de référence de NCHS/OMS.				
	Taux de prévalence du dépérissement	Proportion des enfants de moins de 5 ans dont le poids descend au-dessous de deux et au-dessous de trois des écarts types du poids moyen de la population de référence de NCHS/OMS.	S/O	S/O	S/O	
4	Accès universel à l'eau potable.					
	Utilisation de l'eau potable	Proportion de la population qui utilise les types d'approvisionnement en eau potable suivant : 1) eau courante; 2) eau de la ville; 3) eau de puits et par pompage; 4) eau de puits (protégés et couverts); 5) source protégée.	- Premières nations : 1987-1988 - 82 % des habitations des	- 1996-1997 - 96,1 % des habitations des réserves	1998 S 99 % Accès à l'eau potable dans un périmètre adéquat pour les habitations des consom-mateurs.	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
			réserves avaient un approvision-nement en eau adéquat.	avaient un approvision-nement en eau adéquat.		
5	Accès universel à des moyens hygiéniques d'évacuation des excréments.					
	Utilisation des moyens sanitaires pour l'évacuation des excréments	Proportion des membres de la population qui possèdent, à l'intérieur de leur habitation ou de leur complexe d'habitation : 1) une toilette connectée à un réseau d'égouts; 2) toute autre chasse d'eau (privée ou publique); 3) des latrines à fosse améliorée; 4) des latrines à fosse traditionnelle.	1987-1988 - 72 % des réserves des Premières nations possédaient des systèmes d'évacuation des eaux usées.	1996-1997 - 91,5 % des réserves des Premières nations possédaient des systèmes d'évacuatio n des eaux usées.	-	Hausse de 19,5 %
6	Fournir un accès général à une éducation de base, ainsi que la réussite de l'éducation primaire par au moins 80 p. 100 des enfants d'école primaire, soit par une éducation formelle, soit par une éducation informelle de normes d'apprentissage comparables, en mettant l'accent sur la réduction des inégalités entre garçons et filles.					
	Enfants qui se rendent	Proportion des enfants qui, en	1986-1993	-	1990-1995 -	Hausse de

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	en 5e année	commençant leur 1re année à l'école primaire, se rendront en 5e année.	96 %		99 %	3 %
	Taux net d'inscription à l'école primaire	Proportion des enfants d'âge primaire qui sont inscrits à l'école primaire.*	1986-1992 Garçons : 99 % Filles : 98 %	-	1993-1995 Garçons : 96 % Filles : 94 %	Baisse de 3 % Baisse de 4 %
	Taux net de scolarisation en enseignement primaire	Proportion des enfants en âge d'aller à l'école primaire qui sont inscrits à l'école primaire.	-	-	-	
7	Réduction de l'analphabétisme chez les adultes, avec accent mis sur l'alphabétisation des femmes.					
	Taux d'alphabétisation	Proportion des membres de la population âgés de 15 ans et plus qui sont capables, de manière intelligente, de lire et d'écrire un texte court et simple sur leur vie de tous les jours.	1990 - 97 %	1995 - 97 %	-	Sans changement
8	Fournir une protection améliorée aux enfants dans les situations particulièrement difficiles et s'attaquer aux raisons fondamentales qui mènent à ce genre de situations.					

* Nous recherchons de plus amples explications et renseignements sur ces données. Toute nouvelle information sera divulguée en conséquence.

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
			réserves avaient un approvision-nement en eau adéquat.	avaient un approvision-nement en eau adéquat.		
5	Accès universel à des moyens hygiéniques d'évacuation des excréments.					
	Utilisation des moyens sanitaires pour l'évacuation des excréments	Proportion des membres de la population qui possèdent, à l'intérieur de leur habitation ou de leur complexe d'habitation : 1) une toilette connectée à un réseau d'égouts; 2) toute autre chasse d'eau (privée ou publique); 3) des latrines à fosse améliorée; 4) des latrines à fosse traditionnelle.	1987-1988 - 72 % des réserves des Premières nations possédaient des systèmes d'évacuation des eaux usées.	1996-1997 - 91,5 % des réserves des Premières nations possédaient des systèmes d'évacuatio n des eaux usées.	-	Hausse de 19,5 %
6	Fournir un accès général à une éducation de base, ainsi que la réussite de l'éducation primaire par au moins 80 p. 100 des enfants d'école primaire, soit par une éducation formelle, soit par une éducation informelle de normes d'apprentissage comparables, en mettant l'accent sur la réduction des inégalités entre garçons et filles.					
	Enfants qui se rendent	Proportion des enfants qui, en	1986-1993	-	1990-1995 -	Hausse de

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	en 5e année	commençant leur 1re année à l'école primaire, se rendront en 5e année.	96 %		99 %	3 %
	Taux net d'inscription à l'école primaire	Proportion des enfants d'âge primaire qui sont inscrits à l'école primaire.•	1986-1992 Garçons : 99 % Filles : 98 %	-	1993-1995 Garçons : 96 % Filles : 94 %	Baisse de 3 % Baisse de 4 %
	Taux net de scolarisation en enseignement primaire	Proportion des enfants en âge d'aller à l'école primaire qui sont inscrits à l'école primaire.	-	-	-	
7	Réduction de l'analphabétisme chez les adultes, avec accent mis sur l'alphabétisation des femmes.					
	Taux d'alphabétisation	Proportion des membres de la population âgés de 15 ans et plus qui sont capables, de manière intelligente, de lire et d'écrire un texte court et simple sur leur vie de tous les jours.	1990 - 97 %	1995 - 97 %	-	Sans changement
8	Fournir une protection améliorée aux enfants dans les situations particulièrement difficiles et s'attaquer aux raisons fondamentales qui mènent à ce genre de situations.					

• Nous recherchons de plus amples explications et renseignements sur ces données. Toute nouvelle information sera divulguée en conséquence.

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	Test d'incapacité	Pourcentage estimé des enfants de 0 à 12 ans qui ont été testés pour une ou plusieurs incapacités par un ensemble de tests certifiés.	-	-	-	
	Taux global d'incapacité infantile	Proportion des enfants âgés de 5 à 14 ans qui ont une incapacité physique ou mentale.	1991 - 7,2 % (enfants âgés de 0 à 19 ans)	-	1996-1997 7,7 % des enfants étaient limités dans leurs activités ou avaient une incapacité entre la naissance et l'âge de 19 ans.	Données incompa-rables
9	Attention spéciale accordée à la santé et à la nutrition des enfants de sexe féminin et des femmes enceintes et allaitantes.					
	Taux de mortalité des	Probabilité de décès entre la	Voir n° 1 ci-			

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	enfants de moins de 5 ans	naissance et l'âge exact de 5 ans, pour 1 000 naissances d'enfants vivants.	dessus			
	Taux de prévalence de l'insuffisance de poids chez les personnes de sexe masculin et féminin	Proportion des enfants de moins de 5 ans dont le poids descend au-dessous de deux des écarts types du poids moyen de la population de référence de NCHS/OMS.	S/O	S/O	S/O	
	Soins prénatals	Proportion des femmes âgées de 15 à 19 ans qui ont consulté un membre qualifié du personnel médical au moins une fois pendant leur grossesse.	S/O	S/O	S/O	
	Taux de prévalence du VIH	Proportion des cas de sida chez les femmes adultes. Nombre de cas de sida chez les adultes; données séparées selon le sexe.	Avant 1990 - 5,6 % de cas de sida chez les femmes adultes. 1990 Femmes : 64 Hommes : 1 347	1994 - 7,7 % de cas de sida chez les femmes adultes. 1994 Femmes : 131 Hommes :	1999 - 16,3 % de cas de sida chez les femmes adultes. 1999 Femmes : 41 Hommes : 208	Hausse de 11,8 %

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	Test d'incapacité	Pourcentage estimé des enfants de 0 à 12 ans qui ont été testés pour une ou plusieurs incapacités par un ensemble de tests certifiés.	-	-	-	
	Taux global d'incapacité infantile	Proportion des enfants âgés de 5 à 14 ans qui ont une incapacité physique ou mentale.	1991 - 7,2 % (enfants âgés de 0 à 19 ans)	-	1996-1997 7,7 % des enfants étaient limités dans leurs activités ou avaient une incapacité entre la naissance et l'âge de 19 ans.	Données incompa-rables
9	Attention spéciale accordée à la santé et à la nutrition des enfants de sexe féminin et des femmes enceintes et allaitantes.					
	Taux de mortalité des	Probabilité de décès entre la	Voir n° 1 ci-			

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	enfants de moins de 5 ans	naissance et l'âge exact de 5 ans, pour 1 000 naissances d'enfants vivants.	dessus			
	Taux de prévalence de l'insuffisance de poids chez les personnes de sexe masculin et féminin	Proportion des enfants de moins de 5 ans dont le poids descend au-dessous de deux des écarts types du poids moyen de la population de référence de NCHS/OMS.	S/O	S/O	S/O	
	Soins prénatals	Proportion des femmes âgées de 15 à 19 ans qui ont consulté un membre qualifié du personnel médical au moins une fois pendant leur grossesse.	S/O	S/O	S/O	
	Taux de prévalence du VIH	Proportion des cas de sida chez les femmes adultes. Nombre de cas de sida chez les adultes; données séparées selon le sexe.	Avant 1990 - 5,6 % de cas de sida chez les femmes adultes. 1990 Femmes : 64 Hommes : 1 347	1994 - 7,7 % de cas de sida chez les femmes adultes. 1994 Femmes : 131 Hommes :	1999 - 16,3 % de cas de sida chez les femmes adultes. 1999 Femmes : 41 Hommes : 208	Hausse de 11,8 %

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
				1 556		
	Anémie	Proportion des femmes âgées entre 15 et 49 ans dont les niveaux d'hémoglobine sont au-dessous de 12 grammes par 100 ml de sang pour les femmes qui ne sont pas enceintes, et au-dessous de 11 grammes par 100 ml de sang pour les femmes enceintes.	S/O	S/O	S/O	
10	Accès pour tous les couples à des renseignements et à des services afin de prévenir des grossesses trop précoces, pas assez espacées, trop tardives ou trop nombreuses.					
	Fréquence anticonceptionnelle	Proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive (moderne ou traditionnelle).	1980-1994 73 %	-	1990-1999 73 %	Sans changement
	Taux de fertilité chez les femmes de 15 à 19 ans	Nombre de naissances vivantes chez les femmes âgées de 15 à 19 ans pour 1 000 femmes du même groupe d'âge.	1991 - 25,98	1995 - 24,49 1996 - 22,34	1997 - 20,19	Baisse de 22 %

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	Taux total de fertilité	Nombre moyen de naissances vivantes par femme qui a atteint la fin de sa période de fécondité.	1990 - 1,7	1996 - 1,6	1997 - 1,6	Baisse de 5,9 %
11	Accès pour toutes les femmes enceintes ayant recours à des soins prénatals, aux services d'un personnel qualifié au moment de l'accouchement, ainsi qu'aux soins et à l'attention d'un personnel qualifié en cas de grossesse à risque élevé ou d'une urgence obstétricale.					
	Soins prénatals	Proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont consulté un membre qualifié du personnel médical au moins une fois pendant leur grossesse.	S/O	S/O	S/O	
	Soins au moment de l'accouchement	Proportion des naissances auxquelles un personnel médical qualifié a participé.	1983-1993 - 99 %	-	1990-1997 - 99 %	Sans changement
	Soins obstétricaux	Nombre d'installations offrant les soins obstétricaux essentiels complets par population de 500 000 personnes. Nombre d'installations offrant les soins obstétricaux essentiels de base par population de 500 000 personnes.	-	-	-	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
				1 556		
	Anémie	Proportion des femmes âgées entre 15 et 49 ans dont les niveaux d'hémoglobine sont au-dessous de 12 grammes par 100 ml de sang pour les femmes qui ne sont pas enceintes, et au-dessous de 11 grammes par 100 ml de sang pour les femmes enceintes.	S/O	S/O	S/O	
10	Accès pour tous les couples à des renseignements et à des services afin de prévenir des grossesses trop précoces, pas assez espacées, trop tardives ou trop nombreuses.					
	Fréquence anticonceptionnelle	Proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive (moderne ou traditionnelle).	1980-1994 73 %	-	1990-1999 73 %	Sans changement
	Taux de fertilité chez les femmes de 15 à 19 ans	Nombre de naissances vivantes chez les femmes âgées de 15 à 19 ans pour 1 000 femmes du même groupe d'âge.	1991 - 25,98	1995 - 24,49 1996 - 22,34	1997 - 20,19	Baisse de 22 %

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	Taux total de fertilité	Nombre moyen de naissances vivantes par femme qui a atteint la fin de sa période de fécondité.	1990 - 1,7	1996 - 1,6	1997 - 1,6	Baisse de 5,9 %
11	Accès pour toutes les femmes enceintes ayant recours à des soins prénatals, aux services d'un personnel qualifié au moment de l'accouchement, ainsi qu'aux soins et à l'attention d'un personnel qualifié en cas de grossesse à risque élevé ou d'une urgence obstétricale.					
	Soins prénatals	Proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont consulté un membre qualifié du personnel médical au moins une fois pendant leur grossesse.	S/O	S/O	S/O	
	Soins au moment de l'accouchement	Proportion des naissances auxquelles un personnel médical qualifié a participé.	1983-1993 - 99 %	-	1990-1997 - 99 %	Sans changement
	Soins obstétricaux	Nombre d'installations offrant les soins obstétricaux essentiels complets par population de 500 000 personnes. Nombre d'installations offrant les soins obstétricaux essentiels de base par population de 500 000 personnes.	-	-	-	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
12	Réduction du taux d'insuffisance de poids à la naissance (moins de 2,5 kg) à moins de 10 p. 100.					
	Poids à la naissance inférieur à 2,5 kg	Proportion des naissances vivantes dont le poids est inférieur à 2 500 grammes.	1990 - 5,4 % 1991 - 5,6 % 1990 - Garçons : 6,0 % Filles : 5,1 %	1995 - 5,7 % 1996 - 5,8 % 1995 - Garçons : 6,1 % Filles : 5,3 %	-	Hausse de 0,4 % Hausse de 0,1 % Hausse de 0,2 %
13	Réduction du tiers des cas d'anémie causée par une carence en fer (chez les femmes) par rapport aux années 1990.					
	Anémie	Proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans dont les niveaux d'hémoglobine sont au-dessous de 12 grammes par 100 ml de sang pour les femmes qui ne sont pas enceintes, et au-dessous de 11 grammes par 100 ml de sang pour les femmes	S/O	S/O	S/O	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
		enceintes.				
14	Élimination virtuelle des troubles causés par une carence en iode.					
	Consommation de sel iodé	Proportion des familles qui consomment du sel iodé de manière adéquate.	S/O	S/O	S/O	
	Iode urinaire faible	Proportion de la population (âge scolaire ou population générale) avec des taux d'iode urinaire au-dessous de 10 microgrammes par 100 ml d'urine.	S/O	S/O	S/O	
15	Élimination virtuelle de la carence en vitamine A et ses conséquences, dont la cécité.					
	Enfants recevant des suppléments de vitamine A	Proportion des enfants âgés de 6 à 59 mois qui ont reçu une forte dose de suppléments de vitamine A dans les six derniers mois.	S/O	S/O	S/O	
	Mères recevant des suppléments de vitamine A	Proportion des mères qui ont reçu une forte dose de suppléments de vitamine A avant que le bébé ait 8 semaines.	S/O	S/O	S/O	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
12	Réduction du taux d'insuffisance de poids à la naissance (moins de 2,5 kg) à moins de 10 p. 100.					
	Poids à la naissance inférieur à 2,5 kg	Proportion des naissances vivantes dont le poids est inférieur à 2 500 grammes.	1990 - 5,4 % 1991 - 5,6 % 1990 - Garçons : 6,0 % Filles : 5,1 %	1995 - 5,7 % 1996 - 5,8 % 1995 - Garçons : 6,1 % Filles : 5,3 %	-	Hausse de 0,4 % Hausse de 0,1 % Hausse de 0,2 %
13	Réduction du tiers des cas d'anémie causée par une carence en fer (chez les femmes) par rapport aux années 1990.					
	Anémie	Proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans dont les niveaux d'hémoglobine sont au-dessous de 12 grammes par 100 ml de sang pour les femmes qui ne sont pas enceintes, et au-dessous de 11 grammes par 100 ml de sang pour les femmes	S/O	S/O	S/O	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
		enceintes.				
14	Élimination virtuelle des troubles causés par une carence en iode.					
	Consommation de sel iodé	Proportion des familles qui consomment du sel iodé de manière adéquate.	S/O	S/O	S/O	
	Iode urinaire faible	Proportion de la population (âge scolaire ou population générale) avec des taux d'iode urinaire au-dessous de 10 microgrammes par 100 ml d'urine.	S/O	S/O	S/O	
15	Élimination virtuelle de la carence en vitamine A et ses conséquences, dont la cécité.					
	Enfants recevant des suppléments de vitamine A	Proportion des enfants âgés de 6 à 59 mois qui ont reçu une forte dose de suppléments de vitamine A dans les six derniers mois.	S/O	S/O	S/O	
	Mères recevant des suppléments de vitamine A	Proportion des mères qui ont reçu une forte dose de suppléments de vitamine A avant que le bébé ait 8 semaines.	S/O	S/O	S/O	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	Carence en vitamine A	Proportion des enfants âgés de 6 à 59 mois avec un sérum rétinol au-dessous de 20 microgrammes par 100 ml.	S/O	S/O	S/O	
16	Accorder à toutes les femmes la liberté d'allaiter exclusivement leurs enfants pendant les quatre à six premiers mois après l'accouchement, et à les nourrir de lait maternel et de nourriture complémentaire pendant une bonne partie de la seconde année.					
	Taux d'allaitement maternel exclusif	Proportion des enfants de moins de 4 mois (120 jours) et de moins de 6 mois (180 jours) qui sont exclusivement allaités.	1990 - 43 % des femmes (de 15 ans et plus) allaitaient leur enfant.	1994-1995 taux national initial de 73 %	1996-1997 79 % des mamans (15 à 49 ans) allaitaient.	Données incompa-rables
	Taux d'alimentation complémentaire opportun	Proportion des enfants âgés de 6 à 9 mois (180 à 299 jours) qui sont nourris de lait maternel et de nourriture complémentaire.	-	-	-	
	Taux d'allaitement maternel continu	Proportion des enfants âgés de 12 à 15 mois et de 20 à 23 mois qui sont allaités.	1994 - 69 % (enfants de moins de 2 ans qui n'ont	1996 - 77 %	-	Hausse de 8 %

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
			jamais été allaités)			
	Nombre d'installations adaptées aux bébés	Nombre d'hôpitaux et d'installations pour maternité qui sont adaptés aux bébés conformément aux critères globaux de IHAB.	0	0	1	Hausse
17	Institutionnalisation de la stimulation de la croissance et de son contrôle régulier dans tous les pays pour la fin des années 1990.					
	Sans indicateur particulier *Observation de la fiche de croissance*	Proportion des enfants âgés jusqu'à 2 ans qui ont une fiche de croissance.	-	-	-	
	Surveillance de la croissance	Proportion des enfants âgés jusqu'à 2 ans qui ont une fiche de croissance.	-	-	-	
	Obésité	Proportion des enfants de 0 à 5 ans qui sont cliniquement obèses.	-	-	-	
	Autre indicateur	Proportion des enfants de la 4e année et de la 9e année qui sont cliniquement obèses.	1981 - Filles : 14 % Garçons :18 %	-	-	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	Carence en vitamine A	Proportion des enfants âgés de 6 à 59 mois avec un sérum rétinol au-dessous de 20 microgrammes par 100 ml.	S/O	S/O	S/O	
16	Accorder à toutes les femmes la liberté d'allaiter exclusivement leurs enfants pendant les quatre à six premiers mois après l'accouchement, et à les nourrir de lait maternel et de nourriture complémentaire pendant une bonne partie de la seconde année.					
	Taux d'allaitement maternel exclusif	Proportion des enfants de moins de 4 mois (120 jours) et de moins de 6 mois (180 jours) qui sont exclusivement allaités.	1990 - 43 % des femmes (de 15 ans et plus) allaitaient leur enfant.	1994-1995 taux national initial de 73 %	1996-1997 79 % des mamans (15 à 49 ans) allaitaient.	Données incompa-rables
	Taux d'alimentation complémentaire opportun	Proportion des enfants âgés de 6 à 9 mois (180 à 299 jours) qui sont nourris de lait maternel et de nourriture complémentaire.	-	-	-	
	Taux d'allaitement maternel continu	Proportion des enfants âgés de 12 à 15 mois et de 20 à 23 mois qui sont allaités.	1994 - 69 % (enfants de moins de 2 ans qui n'ont	1996 - 77 %	-	Hausse de 8 %

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
			jamais été allaités)			
	Nombre d'installations adaptées aux bébés	Nombre d'hôpitaux et d'installations pour maternité qui sont adaptés aux bébés conformément aux critères globaux de IHAB.	0	0	1	Hausse
17	Institutionnalisation de la stimulation de la croissance et de son contrôle régulier dans tous les pays pour la fin des années 1990.					
	Sans indicateur particulier *Observation de la fiche de croissance*	Proportion des enfants âgés jusqu'à 2 ans qui ont une fiche de croissance.	-	-	-	
	Surveillance de la croissance	Proportion des enfants âgés jusqu'à 2 ans qui ont une fiche de croissance.	-	-	-	
	Obésité	Proportion des enfants de 0 à 5 ans qui sont cliniquement obèses.	-	-	-	
	Autre indicateur	Proportion des enfants de la 4e année et de la 9e année qui sont cliniquement obèses.	1981 - Filles : 14 % Garçons :18 %	-	-	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
			1991 - Filles : 24 % Garçons : 26 % (1981-1991)			
18	Diffusion des connaissances et des services de soutien afin d'augmenter la production alimentaire qui assurera la sécurité alimentaire à la maison.					
	Sans indicateur particulier					
	Faim dans les familles canadiennes	Pourcentage de familles canadiennes qui ont dû se passer de manger au moins une fois dans l'année en raison d'un manque d'argent ou de nourriture.	-	1994 - 1,2 % (ou 57 000 familles)	-	
	Enfants qui proviennent de familles ayant recours aux banques alimentaires	Pourcentage d'enfants qui vivent dans des familles ayant recours aux banques alimentaires, sur le total des usagers de ces banques.	-	-	2000 - à peu près 40 %	
19	Éradication de la poliomyélite.					

	Objectif	**Description**	**1990**	**1996**	**2000**	**Résultats 1990-2000**
	Cas de polio	Nombre annuel de cas de polio.	1988 - 0	1996 - 0	1998 - 0	Sans changement
20	Élimination du tétanos néonatal vers 1995.					
	Cas de tétanos néonatal	Nombre annuel des cas de tétanos néonatal.	S/O	S/O	S/O	
21	Réduction de près de 95 p. 100 des décès causés par la rougeole et réduction de 90 p. 100 des cas de rougeole; en comparaison avec les taux de préimmunisation de 1995, pour la période en question, il s'agit d'une amélioration importante sur le plan de l'éradication globale de la rougeole.					
	Décès causés par la rougeole des enfants de moins de 5 ans	Nombre annuel des décès d'enfants de moins de 5 ans causés par la rougeole.	-	-	-	
	Cas de rougeole	Nombre annuel des cas de rougeole chez les enfants de moins de 5 ans.	1994 - 523	1996 - 332 1997 - 581	1998 - 12	Baisse de 97,7 %
22	Maintien d'un taux élevé de couverture vaccinale (au moins 90 p. 100 des enfants de moins de un an en l'an 2000) contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la poliomyélite, la tuberculose et contre le tétanos chez les femmes pendant la grossesse.					
	Couverture vaccinale	Proportion des enfants de un an	1994 - 82,3 %	1997 - 85 %	1998 - 83 %	Hausse de

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
			1991 - Filles : 24 % Garçons : 26 % (1981-1991)			
18	Diffusion des connaissances et des services de soutien afin d'augmenter la production alimentaire qui assurera la sécurité alimentaire à la maison.					
	Sans indicateur particulier					
	Faim dans les familles canadiennes	Pourcentage de familles canadiennes qui ont dû se passer de manger au moins une fois dans l'année en raison d'un manque d'argent ou de nourriture.	-	1994 - 1,2 % (ou 57 000 familles)	-	
	Enfants qui proviennent de familles ayant recours aux banques alimentaires	Pourcentage d'enfants qui vivent dans des familles ayant recours aux banques alimentaires, sur le total des usagers de ces banques.	-	-	2000 - à peu près 40 %	
19	Éradication de la poliomyélite.					

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	Cas de polio	Nombre annuel de cas de polio.	1988 - 0	1996 - 0	1998 - 0	Sans changement
20	Élimination du tétanos néonatal vers 1995.					
	Cas de tétanos néonatal	Nombre annuel des cas de tétanos néonatal.	S/O	S/O	S/O	
21	Réduction de près de 95 p. 100 des décès causés par la rougeole et réduction de 90 p. 100 des cas de rougeole; en comparaison avec les taux de préimmunisation de 1995, pour la période en question, il s'agit d'une amélioration importante sur le plan de l'éradication globale de la rougeole.					
	Décès causés par la rougeole des enfants de moins de 5 ans	Nombre annuel des décès d'enfants de moins de 5 ans causés par la rougeole.	-	-	-	
	Cas de rougeole	Nombre annuel des cas de rougeole chez les enfants de moins de 5 ans.	1994 - 523	1996 - 332 1997 - 581	1998 - 12	Baisse de 97,7 %
22	Maintien d'un taux élevé de couverture vaccinale (au moins 90 p. 100 des enfants de moins de un an en l'an 2000) contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la poliomyélite, la tuberculose et contre le tétanos chez les femmes pendant la grossesse.					
	Couverture vaccinale	Proportion des enfants de un an	1994 - 82,3 %	1997 - 85 %	1998 - 83 %	Hausse de

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	DCT	vaccinés contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DCT).			(à l'âge de 2 ans)	0,7 %
	Couverture vaccinale de la rougeole	Proportion des enfants de un an vaccinés contre la rougeole.	1995 - 91,4 % (à l'âge de 2 ans S vaccins reçus à cet âge ou après le premier anniversaire de naissance)	1996 - 93,3 %	1998 - 93,6 % (à l'âge de 2 ans)	Hausse de 2,2 %
	ROR		1993 - 95 % (à l'âge de 2 ans S vaccins reçus à cet âge ou après le premier anniversaire de naissance)	1997 - 94 %	1998 - 94 % (à l'âge de 2 ans)	Baisse de 1 %
	Couverture vaccinale de la poliomyélite	Proportion des enfants de un an vaccinés contre la poliomyélite.	1994 - 90 %	1996 - 90 % 1997 - 86 %	1998 - 90 % (à l'âge de 2 ans)	Sans changement

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	Couverture vaccinale du Hib (Haemophilus influenzae de type b)		1995 - 54,6 %	1996 - 69 %	1998 - 75 % (à l'âge de 2 ans)	Hausse de 20,4 %
	Couverture vaccinale de la tuberculose	Proportion des enfants de un an vaccinés contre la tuberculose.	S/O	S/O	S/O	
	Enfants protégés contre le tétanos néonatal	Proportion des enfants de un an protégés contre le tétanos néonatal par l'immunisation de leur mère.	S/O	S/O	S/O	
23	a) Réduction de près de 50 p. 100 des décès causés par la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans. b) Réduction de 25 p. 100 du taux d'incidence de la diarrhée.					
	Décès causés par la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans	Nombre annuel de décès causés par la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans.	S/O	S/O	S/O	
	Cas de diarrhée	Nombre moyen annuel d'épisodes de diarrhée par enfant de moins de 5 ans.	S/O	S/O	S/O	
	Utilisation de la thérapie par réhydratation orale	Proportion des enfants de moins de 5 ans dont le poids descend au-dessous de deux et au-dessous de trois des	S/O	S/O	S/O	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	DCT	vaccinés contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DCT).			(à l'âge de 2 ans)	0,7 %
	Couverture vaccinale de la rougeole	Proportion des enfants de un an vaccinés contre la rougeole.	1995 - 91,4 % (à l'âge de 2 ans S vaccins reçus à cet âge ou après le premier anniversaire de naissance)	1996 - 93,3 %	1998 - 93,6 % (à l'âge de 2 ans)	Hausse de 2,2 %
	ROR		1993 - 95 % (à l'âge de 2 ans S vaccins reçus à cet âge ou après le premier anniversaire de naissance)	1997 - 94 %	1998 - 94 % (à l'âge de 2 ans)	Baisse de 1 %
	Couverture vaccinale de la poliomyélite	Proportion des enfants de un an vaccinés contre la poliomyélite.	1994 - 90 %	1996 - 90 % 1997 - 86 %	1998 - 90 % (à l'âge de 2 ans)	Sans changement

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	Couverture vaccinale du Hib (Haemophilus influenzae de type b)		1995 - 54,6 %	1996 - 69 %	1998 - 75 % (à l'âge de 2 ans)	Hausse de 20,4 %
	Couverture vaccinale de la tuberculose	Proportion des enfants de un an vaccinés contre la tuberculose.	S/O	S/O	S/O	
	Enfants protégés contre le tétanos néonatal	Proportion des enfants de un an protégés contre le tétanos néonatal par l'immunisation de leur mère.	S/O	S/O	S/O	
23	a) Réduction de près de 50 p. 100 des décès causés par la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans. b) Réduction de 25 p. 100 du taux d'incidence de la diarrhée.					
	Décès causés par la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans	Nombre annuel de décès causés par la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans.	S/O	S/O	S/O	
	Cas de diarrhée	Nombre moyen annuel d'épisodes de diarrhée par enfant de moins de 5 ans.	S/O	S/O	S/O	
	Utilisation de la thérapie par réhydratation orale	Proportion des enfants de moins de 5 ans dont le poids descend au-dessous de deux et au-dessous de trois des	S/O	S/O	S/O	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
		écarts types du poids moyen de la population de référence de NCHS/OMS.				
	Soins de la diarrhée à la maison	Proportion des enfants de moins de 5 ans dont le poids descend au-dessous de deux et au-dessous de trois des écarts types du poids moyen de la population de référence de NCHS/OMS.	S/O	S/O	S/O	
24	Réduction du tiers des décès causés par les infections pulmonaires sérieuses chez les enfants de moins de 5 ans.					
	Décès causés par les infections pulmonaires sérieuses chez les enfants de moins de 5 ans	Nombre annuel de décès causés par les infections pulmonaires sérieuses chez les enfants de moins de 5 ans	-	-	-	
	Recherche sur les soins des infections pulmonaires sérieuses	Proportion des enfants âgés entre 0 et 59 mois qui ont eu une infection pulmonaire sérieuse au cours des deux derniers mois et qui ont reçu des soins de santé adéquats.	-	-	-	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	Autres indicateurs : *Taux de prévalence de l'asthme*	Taux de prévalence de l'asthme chez les enfants âgés de 0 à 19 ans.	1990 - 8 %	1994 - 11,2 %	1996-1997 12,2 % 0 à 14 ans Garçons : 13,3 % Filles : 9,5 % 15 à 19 ans Filles : 14,9 % Garçons : 13,2 %	
	Taux de décès causés par l'asthme	Taux de décès causés par l'asthme chez les enfants âgés de 0 à 14 ans.	1978-1979 - 16	1983-1984 - 13	1994-1995 - 9	
25	Élimination du ver de Guinée (dracunculose) d'ici l'an 2000.					
	Cas de dracunculose	Nombre annuel de décès causés par la dracunculose (ver de Guinée) dans la population totale.	S/O	S/O	S/O	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
		écarts types du poids moyen de la population de référence de NCHS/OMS.				
	Soins de la diarrhée à la maison	Proportion des enfants de moins de 5 ans dont le poids descend au-dessous de deux et au-dessous de trois des écarts types du poids moyen de la population de référence de NCHS/OMS.	S/O	S/O	S/O	
24	Réduction du tiers des décès causés par les infections pulmonaires sérieuses chez les enfants de moins de 5 ans.					
	Décès causés par les infections pulmonaires sérieuses chez les enfants de moins de 5 ans	Nombre annuel de décès causés par les infections pulmonaires sérieuses chez les enfants de moins de 5 ans	-	-	-	
	Recherche sur les soins des infections pulmonaires sérieuses	Proportion des enfants âgés entre 0 et 59 mois qui ont eu une infection pulmonaire sérieuse au cours des deux derniers mois et qui ont reçu des soins de santé adéquats.	-	-	-	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	Autres indicateurs : *Taux de prévalence de l'asthme*	Taux de prévalence de l'asthme chez les enfants âgés de 0 à 19 ans.	1990 - 8 %	1994 - 11,2 %	1996-1997 12,2 % 0 à 14 ans Garçons : 13,3 % Filles : 9,5 % 15 à 19 ans Filles : 14,9 % Garçons : 13,2 %	
	Taux de décès causés par l'asthme	Taux de décès causés par l'asthme chez les enfants âgés de 0 à 14 ans.	1978-1979 - 16	1983-1984 - 13	1994-1995 - 9	
25	Élimination du ver de Guinée (dracunculose) d'ici l'an 2000.					
	Cas de dracunculose	Nombre annuel de décès causés par la dracunculose (ver de Guinée) dans la population totale.	S/O	S/O	S/O	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
26	Expansion des activités de développement de la petite enfance, y compris les mesures d'intervention adéquates et à peu de frais destinées aux familles et aux collectivités.					
	Développement préscolaire	Proportion des enfants âgés de 36 à 59 mois qui participent à un quelconque programme d'éducation conçu pour la petite enfance.	-	-	-	
	Autres indicateurs :	Nombre approximatif d'enfants canadiens âgés de 2 à 3 ans qui participent à un quelconque programme de garde d'enfants et d'éducation pour la petite enfance.	-	1994-1995 192 000 (39 %)	-	
		Participation des enfants canadiens âgés de 4 à 5 ans à un programme d'éducation de la petite enfance. (a) Maternelle	- -	- 1996-1997 513 000 (64 %)	- -	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
		(b) Programme de garde d'enfants et d'éducation de la petite enfance	-	198 000 (25 %)	-	
		(c) À la maison avec la mère	-	85 000 (11 %)	-	
27	Amélioration pour les individus et les familles des méthodes d'acquisition de connaissances, d'aptitudes et de valeurs favorisant une meilleure qualité de vie, qui sont disponibles au moyen de l'ensemble des mécanismes éducationnels, y compris les médias, les autres moyens de communication traditionnels et modernes et les mesures sociales, dont l'efficacité est évaluée selon les modifications des modes de comportement.					
	Autre indicateur : Amélioration de l'accès à l'information	Brancher toutes les écoles et les bibliothèques publiques canadiennes à Internet au plus tard le 31 mars 1999.	-	-	Atteinte de l'objectif à 100 % par RESCOL.	
	Indicateurs additionnels pour la surveillance des droits de l'enfant					
28	Enregistrement de la naissance					
		Proportion des enfants âgés de 0 à 59 mois et dont la naissance est enregistrée.	S/O	S/O	S/O	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
26	Expansion des activités de développement de la petite enfance, y compris les mesures d'intervention adéquates et à peu de frais destinées aux familles et aux collectivités.					
	Développement préscolaire	Proportion des enfants âgés de 36 à 59 mois qui participent à un quelconque programme d'éducation conçu pour la petite enfance.	-	-	-	
	Autres indicateurs :	Nombre approximatif d'enfants canadiens âgés de 2 à 3 ans qui participent à un quelconque programme de garde d'enfants et d'éducation pour la petite enfance.	-	1994-1995 192 000 (39 %)	-	
		Participation des enfants canadiens âgés de 4 à 5 ans à un programme d'éducation de la petite enfance. (a) Maternelle	- -	- 1996-1997 513 000 (64 %)	- -	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
		(b) Programme de garde d'enfants et d'éducation de la petite enfance	-	198 000 (25 %)	-	
		(c) À la maison avec la mère	-	85 000 (11 %)	-	
27	Amélioration pour les individus et les familles des méthodes d'acquisition de connaissances, d'aptitudes et de valeurs favorisant une meilleure qualité de vie, qui sont disponibles au moyen de l'ensemble des mécanismes éducationnels, y compris les médias, les autres moyens de communication traditionnels et modernes et les mesures sociales, dont l'efficacité est évaluée selon les modifications des modes de comportement.					
	Autre indicateur : Amélioration de l'accès à l'information	Brancher toutes les écoles et les bibliothèques publiques canadiennes à Internet au plus tard le 31 mars 1999.	-	-	Atteinte de l'objectif à 100 % par RESCOL.	
	Indicateurs additionnels pour la surveillance des droits de l'enfant					
28	Enregistrement de la naissance					
		Proportion des enfants âgés de 0 à 59 mois et dont la naissance est enregistrée.	S/O	S/O	S/O	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
29	Conditions de logement des enfants					
		Proportion des enfants âgés de 0 à 14 ans qui vivent au sein d'une famille qui n'est pas constituée de leurs parents biologiques.	-	-	-	
		Proportion des enfants âgés de 0 à 11 ans qui vivent au sein d'une famille qui n'est pas constituée de leurs parents biologiques.	-	1994 -1,2 %	-	
30	Orphelins dans les familles					
		Proportion des enfants âgés de 0 à 14 ans qui sont orphelins et qui vivent au sein de familles; proportion des enfants du même groupe qui vivent en établissement.	1991 S 0,02 % des enfants de moins de 15 ans vivaient dans des orphelinats et des maisons pour enfants	-	-	
31	Travail des enfants					

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
		Proportion des enfants âgés de 5 à 14 ans qui travaillent actuellement (travail rémunéré ou non, à la maison ou à l'extérieur du domicile).	S/O	S/O	S/O	
	Autre indicateur :	Proportion des jeunes (de 15 à 19 ans) qui font partie de la population active.	1990 Garçons : 59 % Filles : 56 %	1994 Garçons : 50,5 % Filles : 48,1 %	1998 Garçons : 48,3 % Filles : 47,9 %	
	Indicateurs additionnels pour la surveillance du VIH/sida					
32	Indicateurs pour la surveillance du VIH/sida					
	Savoir prévenir le VIH/sida	Proportion des femmes qui nomment correctement les trois principales façons d'éviter une infection par le VIH.	-	-	-	
	Connaissances des idées fausses sur le VIH et le sida	Proportion des femmes qui nomment correctement trois idées fausses à propos du VIH et du sida.	-	-	-	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
29	Conditions de logement des enfants					
		Proportion des enfants âgés de 0 à 14 ans qui vivent au sein d'une famille qui n'est pas constituée de leurs parents biologiques.	-	-	-	
		Proportion des enfants âgés de 0 à 11 ans qui vivent au sein d'une famille qui n'est pas constituée de leurs parents biologiques.	-	1994 -1,2 %	-	
30	Orphelins dans les familles					
		Proportion des enfants âgés de 0 à 14 ans qui sont orphelins et qui vivent au sein de familles; proportion des enfants du même groupe qui vivent en établissement.	1991 S 0,02 % des enfants de moins de 15 ans vivaient dans des orphelinats et des maisons pour enfants	-	-	
31	Travail des enfants					

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
		Proportion des enfants âgés de 5 à 14 ans qui travaillent actuellement (travail rémunéré ou non, à la maison ou à l'extérieur du domicile).	S/O	S/O	S/O	
	Autre indicateur :	Proportion des jeunes (de 15 à 19 ans) qui font partie de la population active.	1990 Garçons : 59 % Filles : 56 %	1994 Garçons : 50,5 % Filles : 48,1 %	1998 Garçons : 48,3 % Filles : 47,9 %	
	Indicateurs additionnels pour la surveillance du VIH/sida					
32	Indicateurs pour la surveillance du VIH/sida					
	Savoir prévenir le VIH/sida	Proportion des femmes qui nomment correctement les trois principales façons d'éviter une infection par le VIH.	-	-	-	
	Connaissances des idées fausses sur le VIH et le sida	Proportion des femmes qui nomment correctement trois idées fausses à propos du VIH et du sida.	-	-	-	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	Connaissances des risques de transmission du VIH d'une mère à son enfant	Proportion des femmes qui nomment correctement les modes de transmission du VIH d'une mère à son enfant.	-	-	-	
	Attitude envers les gens qui ont le VIH ou le sida	Proportion des femmes qui ont une attitude discriminatoire envers les gens qui ont le VIH ou le sida.	-	-	-	
	Femmes qui savent où aller pour passer un test de dépistage du VIH	Proportion des femmes qui savent où aller passer un test de dépistage du VIH.	-	-	-	
	Femmes qui ont passé un test de dépistage du VIH	Proportion des femmes qui ont passé un test de dépistage du VIH	-	-	-	
	Attitude envers l'utilisation du condom	Proportion des femmes qui affirment qu'il est acceptable pour les femmes de leur région de demander à un homme d'utiliser un condom..	-	-	-	
	Comportement sexuel	Âge moyen des filles et des femmes	1993	1996	-	Baisse de

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	des adolescents	au moment de leur première grossesse.	25 à 29 ans : 34,9 % 30 à 34 ans : 28,9 %	25 à 29 ans : 31,9 % 30 à 34 ans : 30,3 %		3 % Hausse de 1,4 %
	Autres indicateurs	Proportion des cas de sida chez les femmes adultes.	Avant 1990 - 5,6 % cas de sida chez les femmes adultes	1994 - 7,7 % cas de sida chez les femmes adultes	1999 - 16,3 % cas de sida chez les femmes adultes	Hausse de 11,8 %
		Nombre total de cas de sida chez les femmes.	1990 69 cas de sida	1994 141 cas de sida	1999 42 cas de sida	Baisse de 40 %
	Taux de prévalence du VIH	Proportion des tests de HIV positifs selon le sexe.	Avant 1995 Femmes : 9,6 % Hommes : 90,4 %	1995 Femmes : 18,5 % Hommes : 81,5 %	1999 Femmes : 23,9 % Hommes : 76,1 %	
		Nombre total de cas de sida chez les	1990	1995	1999	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	Connaissances des risques de transmission du VIH d'une mère à son enfant	Proportion des femmes qui nomment correctement les modes de transmission du VIH d'une mère à son enfant.	-	-	-	
	Attitude envers les gens qui ont le VIH ou le sida	Proportion des femmes qui ont une attitude discriminatoire envers les gens qui ont le VIH ou le sida.	-	-	-	
	Femmes qui savent où aller pour passer un test de dépistage du VIH	Proportion des femmes qui savent où aller passer un test de dépistage du VIH.	-	-	-	
	Femmes qui ont passé un test de dépistage du VIH	Proportion des femmes qui ont passé un test de dépistage du VIH	-	-	-	
	Attitude envers l'utilisation du condom	Proportion des femmes qui affirment qu'il est acceptable pour les femmes de leur région de demander à un homme d'utiliser un condom..	-	-	-	
	Comportement sexuel	Âge moyen des filles et des femmes	1993	1996	-	Baisse de

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	des adolescents	au moment de leur première grossesse.	25 à 29 ans : 34,9 % 30 à 34 ans : 28,9 %	25 à 29 ans : 31,9 % 30 à 34 ans : 30,3 %		3 % Hausse de 1,4 %
	Autres indicateurs	Proportion des cas de sida chez les femmes adultes.	Avant 1990 - 5,6 % cas de sida chez les femmes adultes	1994 - 7,7 % cas de sida chez les femmes adultes	1999 - 16,3 % cas de sida chez les femmes adultes	Hausse de 11,8 %
		Nombre total de cas de sida chez les femmes.	1990 69 cas de sida	1994 141 cas de sida	1999 42 cas de sida	Baisse de 40 %
	Taux de prévalence du VIH	Proportion des tests de HIV positifs selon le sexe.	Avant 1995 Femmes : 9,6 % Hommes : 90,4 %	1995 Femmes : 18,5 % Hommes : 81,5 %	1999 Femmes : 23,9 % Hommes : 76,1 %	
		Nombre total de cas de sida chez les	1990	1995	1999	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
		enfants âgés de 0 à 14 ans.	Femmes : 5 Hommes : 6	Femmes : 12 Hommes : 15	Femmes : 1 Hommes : 1	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
		enfants âgés de 0 à 14 ans.	Femmes : 5 Hommes : 6	Femmes : 12 Hommes : 15	Femmes : 1 Hommes : 1	

Annexe 2

I. Secteurs de compétence au Canada

a) Les compétences fédérales et provinciales

De façon générale, le système politique canadien renferme les quatre caractéristiques suivantes : il est une monarchie constitutionnelle, un système fédéral, un système parlementaire fondé sur le modèle britannique et une démocratie représentative. Dans le système fédéral du Canada, la Constitution confère les pouvoirs législatifs et exécutifs à deux niveaux de gouvernement, qui sont souverains dans leurs sphères respectives. Il existe un gouvernement central pour tout le Canada, ainsi qu'un gouvernement pour chaque province et territoire. La *Loi constitutionnelle de 1867* définit les compétences fédérales et provinciales. La répartition actuelle de ces compétences résulte en partie de l'application et de l'interprétation du texte de la Constitution par les tribunaux.

Le Parlement fédéral a le pouvoir de prélever une taxe par n'importe quel mode d'imposition, et le gouvernement fédéral a celui d'allouer ses ressources financières s'il considère qu'il est temps de le faire. Le gouvernement fédéral peut, par exemple, octroyer des subventions à des personnes qui ont l'intention de promouvoir la recherche et le développement. Il utilise aussi son pouvoir d'allocation des ressources pour lancer des programmes à coûts partagés dans les secteurs de la santé, de l'éducation et des services de bien-être dans les provinces. En dernier lieu, le gouvernement fédéral a mis sur pied un programme de péréquation des paiements pour les provinces dont les revenus sont au-dessous de la moyenne nationale. Ces paiements inconditionnels ont été conçus pour aider les provinces en question à fournir des services publics convenables.

La politique monétaire est contrôlée par le gouvernement fédéral, ce qui comprend la responsabilité d'émettre des devises et, afin de maintenir la stabilité économique nationale, de gérer le chômage et l'inflation, de contrôler le système bancaire et de fixer les taux d'intérêt. La politique monétaire inclut la responsabilité de voir à la valeur de la devise canadienne sur les marchés internationaux. La tâche d'établir et d'appliquer une politique monétaire est assignée par le gouvernement fédéral à la banque centrale, soit la Banque du Canada.

Le Parlement possède les compétences relatives au commerce international et interprovincial. Il exerce aussi l'autorité exclusive sur les droits de douane. La normalisation des produits destinés au commerce international ou interprovincial et les quotas d'exportation sont également du ressort du Parlement. La politique générale d'investissement à l'étranger appartient aussi à son domaine de compétence.

La défense et les relations avec les autres États relèvent de la compétence du gouvernement fédéral et celui-ci a le pouvoir de se joindre à des traités internationaux. Cependant, le Parlement fédéral et les législatures provinciales peuvent, l'un et l'autre, appliquer des traités, selon que le sujet du traité relève de la responsabilité fédérale ou provinciale, tel qu'il est défini dans la Constitution. Ce système fonctionne selon une coopération entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux : avant de se joindre à un traité se rattachant à des domaines qui ne sont pas seulement du ressort du Parlement, le gouvernement fédéral veille à ce que les provinces acceptent de collaborer à l'application du traité (voir ci-dessous).

Les autres domaines qui relèvent de la compétence du Parlement fédéral comprennent, entre autres, la navigation et le transport maritime, la pêche, la faillite, les Indiens et les terres qui leur sont réservées, la citoyenneté, le droit criminel, ainsi que les brevets et les droits d'auteur. Le service postal et l'assurance-emploi sont de compétence fédérale.

Toutes les questions qui ne relèvent pas de la compétence des législatures provinciales sont automatiquement assignées au Parlement fédéral. En définissant les pouvoirs fédéraux et provinciaux, les tribunaux ont convenu que certains domaines nouveaux, comme le transport aérien, étaient du ressort du Parlement fédéral en vertu de son pouvoir général d'établir des lois pour la paix, l'ordre et un bon gouvernement canadien relativement à toutes les affaires qui ne sont pas exclusivement assignées aux législatures des provinces. Les tribunaux estiment que le pouvoir fédéral général comporte un pouvoir de légiférer dans des situations d'urgence, comme une guerre.

Les provinces possèdent de nombreux pouvoirs législatifs, dont l'autorité sur les droits de propriété et les droits civils (principalement les droits de propriétaire, contractuels ou délictueux), sur les ressources naturelles, sur les travaux et les entreprises à l'échelle locale et, de manière générale, sur toutes les affaires qui sont de nature purement locale ou privée. Les tribunaux ont expliqué que les pouvoirs provinciaux, en particulier la propriété et les droits civils, couvraient un très grand domaine. La Constitution ne fait pas mention particulièrement des relations de travail, mais les tribunaux ont placé ce sujet sous la compétence provinciale, sauf dans le cas de certaines industries, comme les industries de navigation et de transport maritime, qui dépendent du gouvernement fédéral pour d'autres besoins.

Parmi les services et les institutions qui relèvent de la compétence provinciale figurent les services de santé et les services sociaux, les institutions municipales et les aménagements de terrain, l'administration de la justice, le développement et l'organisation des tribunaux provinciaux de compétence à la fois civile et criminelle, ainsi que l'éducation.

Les législatures provinciales ont le pouvoir de prélever des taxes directes (p ex., des impôts sur le revenu) à l'intérieur de la province et d'augmenter les revenus pour des besoins provinciaux. De plus, les provinces ont le pouvoir de prélever des impôts directs ou indirects en relation avec les ressources naturelles. Elles ont aussi le pouvoir d'accorder des licences pour augmenter les revenus selon les besoins provinciaux ou municipaux.

La Constitution assigne une compétence concurrente aux législatures provinciales et au Parlement sur les plans de l'agriculture et de l'immigration. La législation fédérale prévaudra dans le cas d'une contradiction avec la législation provinciale. Les provinces partagent aussi, avec le gouvernement fédéral, l'autorité sur les pensions de vieillesse.

Les pouvoirs des législatures provinciales sont limités à ceux que leur a accordés la Constitution, ce qui signifie qu'aucune législature provinciale ne peut prendre les pouvoirs qui appartiennent exclusivement au Parlement. De même, ce dernier ne peut prendre les pouvoirs qui appartiennent exclusivement aux provinces. Bien que le Parlement et les législatures provinciales ne puissent faire de délégation bilatérale

sur le plan des pouvoirs législatifs, le Parlement peut déléguer des pouvoirs à des organismes provinciaux, et une législature provinciale peut également déléguer des pouvoirs à un organisme fédéral. Le Parlement et une législature provinciale peuvent adopter comme leur propre législation celle de l'autre palier gouvernemental pourvu qu'ils agissent tous les deux dans leur domaine de compétence.

b) Les Autochtones du Canada : Définitions

Autochtones du Canada : Les Autochtones du Canada sont les descendants des habitants originaires d'Amérique du Nord. La Constitution canadienne distingue trois groupes d'Autochtones : les Indiens, les Métis et les Inuits. Ils forment trois peuples distincts qui possèdent chacun un patrimoine, une langue, une pratique culturelle et une croyance spirituelle unique.

Indien : Le terme Indien décrit tous les peuples autochtones du Canada qui ne sont ni Inuits ni Métis. Les peuples indiens forment un des trois groupes de peuples reconnus comme Autochtones par la *Loi constitutionnelle de 1982*. La Loi stipule que les Autochtones du Canada regroupent les Indiens, les Inuits et les Métis. De plus, il existe trois définitions légales qui s'appliquent aux Indiens du Canada : les Indiens inscrits, les Indiens non inscrits et les Indiens assujettis à un traité. Aujourd'hui, de nombreux Autochtones trouvent le terme Indien dépassé et blessant. Ils préfèrent le terme Premières nations .

Indien inscrit : Un Indien inscrit est un Indien en vertu de la *Loi sur les Indiens*. La Loi décrit les exigences qui déterminent qui est un Indien inscrit.

Indien non inscrit : Un Indien non inscrit est un Indien qui n'est pas inscrit comme Indien en vertu de la *Loi sur les Indiens*. Cette situation peut être due au fait que les ancêtres de l'Indien non inscrit n'ont jamais été enregistrés ou parce qu'il a perdu son statut d'Indien conformément à des dispositions antérieures de la *Loi sur les Indiens*.

Indien assujetti à un traité : Un Indien assujetti à un traité est un Indien inscrit qui appartient à une Première nation qui a signé un traité avec la Couronne.

Réserve : Une réserve est une terre mise de côté par le gouvernement fédéral pour l'utilisation et l'occupation d'un groupe ou d'une bande d'Indiens.

Première nation : Ce terme fait partie du langage courant depuis les années 1970 et il vise à remplacer le mot Indien, que de nombreuses personnes trouvaient blessant. Bien que l'utilisation du terme Première nation soit très répandue, il n'existe aucune définition légale de ce terme. Parmi l'usage qu'on en fait, le terme peuple des Premières nations fait référence aux Indiens du Canada, qu'ils soient inscrits ou non inscrits. De nombreux peuples indiens ont aussi adopté le terme Première nation pour remplacer le mot bande pour leur collectivité.

Le gouvernement fédéral a la responsabilité de présenter les services et les programmes S qui se comparent à ceux qui sont disponibles à travers tout le pays S aux Premières nations vivant dans les réserves et aux peuples inuits. Il joue aussi un rôle directeur tout en respectant les Autochtones qui vivent en dehors des réserves, dont les enfants autochtones. Bien qu'on ait réalisé de grands progrès au cours des dernières années, les enfants autochtones continuent leur chute considérable en deçà de la moyenne canadienne pour la plupart des indicateurs de santé et de bien-être.

c) Les territoires
Le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut possèdent des pouvoirs législatifs, exécutifs et juridiques qui sont de plus en plus semblables à ceux qu'exercent les provinces. Les constitutions des trois territoires sont établies selon des lois particulières, qui, en plus de refléter leur statut spécial dans la Confédération, constituent des statuts fédéraux.

d) Les municipalités
Les gouvernements municipaux (villes, villages et régions métropolitaines) sont créés par les législatures provinciales et possèdent les mêmes pouvoirs que les législatures, si ces dernières en conviennent ainsi. Les maires et les conseillers municipaux sont élus selon les exigences prescrites par la législature. Partout au Canada, il existe environ 5 000 gouvernements municipaux. Ces gouvernements fournissent des services tels que l'approvisionnement en eau, les égouts et l'enlèvement des ordures, les routes, les trottoirs, l'éclairage des rues, les codes de la construction, les parcs, les terrains de jeux, les bibliothèques et ainsi de suite. Les écoles sont généralement administrées par des commissions scolaires conformément aux lois provinciales.

II. Les instruments internationaux et le système fédéral

Selon la Constitution canadienne, les pouvoirs sont divisés entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, et chacun d'eux a le pouvoir de légiférer sur des questions qui touchent directement divers aspects des droits de la personne. Le Canada doit tenir compte de cette division des pouvoirs quand il ratifie et met en application des traités internationaux sur les droits de la personne et quand il présente des rapports à leur sujet. Le gouvernement fédéral possède le pouvoir exclusif de ratifier des traités internationaux. Cependant, il ne possède pas le pouvoir de légiférer en matière de compétence provinciale pour s'acquitter d'une quelconque obligation internationale qu'il a pu entériner. Autrement dit, il ne peut pas utiliser la signature d'une convention internationale dans le but d'empiéter sur des pouvoirs provinciaux ou territoriaux.

Les provinces et les territoires doivent travailler volontairement en partenariat afin d'appliquer des traités et des conventions. En conséquence, la pleine participation aux instruments internationaux exige que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux travaillent en étroite collaboration à tous les niveaux, du travail préparatoire précédant la ratification jusqu'à la mise en œuvre et aux rapports périodiques qui suivront.

Pour assurer cette coopération, une procédure intergouvernementale a été créée en 1975 par une Conférence fédérale-provinciale des ministres responsables des droits de la personne (à l'échelle fédérale, ce ministre était l'ancien secrétaire d'État, maintenant ministre du Patrimoine canadien). Ce comité permanent de fonctionnaires sur les droits de la personne a pour mandat d'entretenir la consultation et la collaboration entre les gouvernements dans le cadre de la ratification, de la mise en application et de la

présentation des rapports sur les instruments internationaux qui servent les droits de la personne.

III. Le pouvoir judiciaire

Le Canada a un système judiciaire bijuridique : la common law et le droit civil. Les lois qui régissent les affaires privées entre les particuliers, comme les droits de propriété, les responsabilités familiales et les opérations commerciales, diffèrent d'une province à l'autre. Ce secteur du droit est fondé sur la common law dans neuf des dix provinces canadiennes. La common law est un système reposant sur les jugements rendus par les tribunaux, qui deviennent les précédents qui établissent les principes fondamentaux du droit. Au Québec, cependant, le droit s'appuie sur un code écrit, le Code civil, qui contient des principes et des règlements généraux adaptés à différents types de situations. Dans les cas où une cause renvoie au droit civil, le juge consulte d'abord ce code écrit et, ensuite, les précédents établis par des jugements antérieurs.

Le système judiciaire canadien est constitué de cours supérieures et de tribunaux inférieurs. Les cours supérieures, en tant que cours de compétence générale originale, possèdent une compétence inhérente qui leur permet d'entendre tout ce qui ne fait pas partie de la compétence exclusive limitée d'un tribunal inférieur, et de procéder à la surveillance et à la réforme des tribunaux inférieurs. D'un autre côté, les tribunaux inférieurs possèdent seulement l'autorité que leur confère expressément le corps législatif compétent. Les tribunaux inférieurs et les cours supérieures décident de la constitutionnalité des lois.

Chaque province possède une cour supérieure et une cour d'appel. Les cours supérieures sont constituées par la législature provinciale, mais leurs membres sont délégués et payés par le gouvernement fédéral. Chaque province a aussi des tribunaux provinciaux et municipaux inférieurs, que les législatures créent et dont les membres sont nommés par le gouvernement provincial.

La Cour suprême du Canada est la cour d'appel générale de dernier recours pour tout le Canada. Elle constitue le dernier interprète de la Constitution, et ses décisions peuvent ainsi influencer la direction du fédéralisme, en ce qui a trait à la division des pouvoirs, ou remettre en question la constitutionnalité des politiques gouvernementales, pour ce qui est des droits de la personne et des libertés fondamentales.

Le Parlement a aussi institué la Cour fédérale, qui possède une compétence particulière pour instruire des procès touchant le gouvernement fédéral et pour revoir les décisions des offices, des commissions et des tribunaux fédéraux. De plus, les législations fédérale et provinciale assignent toutes deux des fonctions essentiellement juridiques aux tribunaux administratifs. Ces tribunaux spécialisés ont des responsabilités précises qui se rattachent, entre autres, à l'immigration, au commerce international, à la concurrence, à la radio, à la télévision et aux télécommunications, aux valeurs mobilières et à la location à usage d'habitation.

Bien que l'autorité du pouvoir judiciaire soit répartie entre le gouvernement fédéral et les provinces, l'intégration est une caractéristique primaire du système judiciaire canadien. Les cours provinciales peuvent statuer sur des litiges de droit fédéral et provincial, et il n'existe aucune distinction entre les compétences constitutionnelle, administrative, criminelle et civile. En outre, cette intégration se manifeste par le fait que tous les litiges, qu'ils fassent référence au droit provincial ou fédéral, peuvent se terminer devant la même cour d'appel finale, soit la Cour suprême du Canada.

Les tribunaux canadiens fonctionnent indépendamment des corps législatifs et des gouvernements provinciaux. La *Loi constitutionnelle de 1867* a adopté les caractéristiques d'indépendance judiciaire que l'on appliquait déjà au Canada au cours des décennies antérieures. La *Charte canadienne des droits et libertés* protège aussi l'indépendance judiciaire.

Assemblée générale des Nations Unies - Sommet mondial pour les enfants
Rapports complémentaires des Provinces et des Territoires au Rapport national du Canada

Nota : Le gouvernement fédéral a invité les provinces et les territoires à participer à l'étude de fin de décennie menée à la suite du Sommet mondial pour les enfants. Leur participation à l'examen du Rapport national du Canada a été coordonnée par le Comité fédéral-provincial-territorial des représentants des droits de la personne. En outre, les gouvernements des provinces et des territoires peuvent décider de produire un rapport sur la situation de leur territoire de compétence respectif. Certains d'entre eux ont fourni des renseignements complémentaires que l'on a insérés dans le texte principal du Rapport.
L'information fournie par une province, soit l'Ontario, est présentée en annexe pour en faciliter l'étude.

Progrès de l'Ontario dans le domaine de la santé des enfants

La Direction de la santé publique de l'Ontario dirige plusieurs programmes axés sur la santé et le bien-être des enfants. Les conseils de santé locaux de la province dirigent les programmes et services obligatoires sur la santé publique. En plus d'orienter sa promotion de la santé et sa prévention primaire vers l'ensemble de la population de la province, la Direction de la santé publique fournit des programmes et services visant à cerner les populations les plus vulnérables aux problèmes de santé. Le programme *Bébés en santé, enfants en santé*, les *Services d'orthophonie pour les enfants d'âge préscolaire* ainsi que le tout nouveau *Infant Hearing Screening and Communication Development Program* [programme de dépistage de la surdité et de développement de l'aptitude à communiquer chez les nourrissons] sont des exemples de l'appui mieux ciblé que la Direction apporte dans le domaine de la santé des enfants.

Les objectifs et les exigences de la Direction de la santé publique se concentrent sur la promotion de la santé avant et pendant la grossesse, sur la croissance saine des enfants, sur leur bien-être et sur leur capacité d'apprentissage. Cette approche globale comprend des initiatives visant à améliorer la capacité des parents, des familles, des dispensateurs de soins et des collectivités à prendre soin des enfants et des jeunes et à les soutenir.

En plus de ces programmes ciblant la santé génésique et infantile, un certain nombre de programmes de la santé publique abordent divers déterminants de la santé des enfants. Il s'agit des initiatives d'immunisation contre les maladies infectieuses, de protection d'un environnement naturel et physique sain, de prévention des blessures et de la toxicomanie, de promotion des pratiques sexuelles et d'un style de vie sains ainsi que de création de milieux sociaux sécuritaires et favorables. L'Ontario a énormément contribué à l'amélioration du bien-être des enfants. Voici ses principales réalisations :

- Investissement à la Subvention pour programmes d'aide à l'apprentissage afin d'aider les enfants à risque;
- Investissement de 70 millions de dollars pour améliorer l'apprentissage de la lecture chez les enfants de la maternelle jusqu'à la 3e année primaire;
- Fonds du ministère de la Formation et des Collèges et Universités affectés aux collèges et universités pour faciliter l'accès à l'enseignement postsecondaire de tous les candidats qualifiés;
- Investissement à des programmes de sécurité des écoles et d'élaboration de lignes de conduite pour créer dans les écoles un milieu sécuritaire favorisant l'apprentissage des enfants;

- Financement de l'élaboration de normes d'atypie pour que les enfants ayant une déficience reçoivent un enseignement de qualité;
- Investissement dans les programmes de transition vers le monde du travail, pour aider les jeunes à entrer sur le marché du travail.

Objectif	Description
1	**Mortalité infantile** - Le taux de l'Ontario a diminué de 12,8 p. cent depuis 1990 (de 6,27 pour 1 000 naissances vivantes à 5,47 en 1997). Pour 1997, le taux de mortalité infantile de l'Ontario est légèrement inférieur à celui du Canada, qui se chiffrait à 5,53. Ce dernier représente cependant une nette amélioration sur le taux national de 1990, qui se chiffrait à 6,84, soit une diminution de 19,2 p. cent.
2	**Mortalité maternelle** - En Ontario, ce taux a augmenté de 4,89 qu'il était en 1995 à 19,55 en 1997. Au cours de cette même période, le taux national a passé de 4,5 en 1995 à 10,9 en 1997. Comme le nombre de décès maternels est très bas, autant en Ontario que dans l'ensemble du Canada, les fluctuations des taux d'une année à une autre semblent considérables; on conseille donc d'utiliser cet indicateur avec prudence.
9 & 32	**H/sida** - La proportion des résultats positifs aux tests de détection du VIH, dans les populations des deux sexes, était la suivante en Ontario : en 1990, 91,7 p. cent chez les hommes et 8,3 p. cent chez les femmes; en 1996, 81,6 p. cent chez les hommes et 18,4 p. cent chez les femmes; enfin, en 1999, 79,9 p. cent chez les hommes et 20,1 p. cent chez les femmes. On n'a pas mené d'études sur les connaissances, les attitudes et les comportements liés au VIH en Ontario. Les nombres de cas de sida suivants ont été signalés en Ontario : pour 1990, on a compté 619 cas chez les hommes et 34 cas chez les femmes (soit 5,25 p. cent); pour 1996, 577 cas chez les hommes et 44 cas chez les femmes (soit 7,1 p. cent); enfin, pour 1999, 101 cas chez les hommes et 18 cas chez les femmes (soit 15,1 p. cent). En 1999, le nombre de cas de sida chez les femmes a décru de 42 p. cent par rapport à 1998. Entre 1981 et 1999, on a signalé en tout 68 cas de sida chez les enfants de 0 à 14 ans. En 1999, on a signalé 2 cas de plus chez les garçons et 2 cas de plus chez les filles.
10	**Taux de fécondité total** : Le taux de l'Ontario pour 1997 est de 1,53 et celui du Canada de 1,55. Le taux de l'Ontario a décru de 8,4 p. cent depuis 1990, où il était de 1,67 et le taux du Canada est tombé de 9,3 p. cent depuis 1990, où il était de 1,71.
12	**Poids insuffisant à la naissance** : Pour 1997, le taux de poids insuffisants à la naissance était légèrement supérieur à celui de l'ensemble du pays (5,86 p. cent en Ontario par rapport à 5,75 p. cent dans tout le Canada). Depuis 1990, le taux de poids insuffisants à la naissance en Ontario a augmenté de 8,9 p. cent (il se chiffrait à 5,38 p. cent), alors que celui du Canada a augmenté de 5,9 p. cent (de 5,43 p. cent en 1990).
16	**Allaitement naturel** : En Ontario, 81,2 p. cent des mères ont allaité leur enfant, et 59,2 p. cent d'entre elles l'ont fait pendant au

	moins trois mois (Statistique Canada, *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 1996-1997* telle que citée dans le *Rapport sur la santé périnatale au Canada - 2000*). Ces taux sont supérieurs à ceux de l'ensemble du Canada, où 76,7 p. cent des mères ont allaité leur enfant, dont 53,6 p. cent pour une période d'au moins trois mois.
18	**Utilisation des banques d'alimentation :** Enfants vivant dans une famille qui s'est approvisionnée à une banque d'alimentation : de toutes les personnes qui se sont approvisionnées à des banques d'alimentation de l'Ontario en 1998, 42,5 p. cent étaient des enfants (données de l'Association canadienne des banques alimentaires, 1999, citées par l'Institut canadien de la santé infantile, 2000).
20 & 22	**Immunisation contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos (DCT) et la polio** chez les enfants de 2 ans : En Ontario, les données sur l'immunisation sont recueillies auprès des populations d'âge scolaire et constituent des indicateurs de rechange pour les enfants de 2 ans. Pour avoir reçu toute l'immunisation requise contre la DCT et la polio, un enfant de 2 ans doit avoir reçu 4 doses du vaccin avant la date de ses deux ans. Les résultats d'une étude sur l'immunisation menée en Ontario en 1997 indiquent que 85,1 p. cent des enfants d'âge scolaire avaient reçu toute l'immunisation requise contre la diphtérie, 84,2 p. cent contre la coqueluche, 84,8 p. cent contre le tétanos et 80,2 p. cent contre la polio.
21 & 22	**Immunisation contre la rougeole** chez les enfants de 2 ans : En Ontario, ces données aussi sont recueillies auprès des enfants d'âge scolaires et constituent un indicateur de rechange sur l'immunisation des enfants de 2 ans. À 2 ans, un enfant doit avoir reçu une dose du vaccin contre la rougeole. Les résultats d'une étude sur l'immunisation menée en Ontario en 1997 indiquent que 95,0 p. cent des enfants d'âge scolaire avaient été vaccinés contre la rougeole.
23	**Taux de fécondité selon l'âge** : En Ontario, le taux de fécondité pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans était de 17,24 en 1997, par rapport à 20,19 pour l'ensemble du pays. Ceci constitue un déclin de 20,0 p. cent en Ontario par rapport au taux de 1990, qui était de 21,55, et de 20,7 p. cent pour le Canada, dont le taux en 1990 était de 25,46.
Indicateurs de rechange	
	Toxicomanie - Tabagisme : (Données de l'étude sur la toxicomanie chez les étudiants ontariens de la 7e à la 13e année, menée en 1999 par le Centre de toxicomanie et de santé mentale). On estime que 22,6 p. cent des étudiants fument chaque jour. Le taux des étudiants qui avaient fumé plus d'une cigarette au cours des 12 mois précédents était de 29,2 p. cent (29,8 p. cent chez les garçons et 28,6 p. cent chez les filles). Bien que les taux de tabagisme se soient stabilisés depuis 1995, en 1999, le taux de tabagisme et celui du nombre de cigarettes

	fumées chaque jour étaient plus élevés pour les dernières années 1990 que pour le début de cette décennie. Ces chiffres sont un peu plus élevés que les résultats de l'étude sur la santé en Ontario menée en 1996-1997 auprès des adolescents de 12 à 19 ans, selon lesquels 13 p. cent de ces adolescents fumaient régulièrement, ce qui représentait environ la même proportion que celle signalée en 1990. En 1996, un peu plus de garçons (14 p. cent) que de filles (11 p. cent) ont dit fumer régulièrement.
	Toxicomanie B Alcool : (Données de l'étude sur la toxicomanie chez les étudiants ontariens de la 7e à la 13e année, menée en 1999 par le Centre de toxicomanie et de santé mentale). En 1999, 19,7 p. cent des personnes qui buvaient ont dit le faire chaque semaine, ce qui représente une augmentation considérable par rapport au 17,1 p. cent de 1997 et au 14,4 p. cent de 1993. En 1999, 67,5 p. cent de tous les étudiants ont dit qu'ils avaient bu au cours des 12 mois précédents, et un plus grand nombre de garçons que de filles l'avaient fait (70,7 p. cent contre 64,2 p. cent); ces taux variaient selon les années scolaires (de 39,7 p. cent chez les jeunes de 7e année à 84,6 p. cent chez ceux de 12e). Le pourcentage des consommateurs d'alcool de l'ensemble de cette population a beaucoup augmenté de 1997 à 1999 (de 59,6 p. cent à 65,7 p. cent). Cette augmentation s'est surtout accentuée à partir de 1993.
	Enfants vivant dans une famille à faible revenu : De 1990 à 1996, la plus grande augmentation du nombre et de la proportion des Canadiens à faible revenu s'est manifestée en Ontario (Statistique Canada, tel qu'indiqué dans le rapport de 1999 du Comité fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population). En Ontario, le pourcentage de familles à faible revenu a augmenté de 10,9 p. cent en 199. (selon les niveaux de revenu de 1990) à 14,8 p. cent en 1996 (selon les niveaux de revenu de 1995). La proportion des enfants ontariens de moins de 18 ans vivant dans une famille à faible revenu a augmenté de 15 p. cent en 1990 à 20 p. cent en 1996. Si l'on compare les enfants de 0 à 9 ans à ceux de 10 à 17 ans, la tendance indique des taux de faible revenu plus élevé chez les jeunes enfants (Statistique Canada data, tel que cité dans le *Report on the Health Status of the Residents of Ontario, 2000*).
	Prévalence de l'asthme chez les enfants : On ne dispose d'aucunes données sur les taux d'asthme chez les enfants ontariens. Les taux de diagnostic-congé d'hôpital pour les enfants ontariens de 0 à 14 ans ont augmenté de 252,9 (pour 100 000 enfants) en 1974-1975 à 670,9 en 1987-1988, puis ils sont retombés à 463,5 entre 1988 et 1994-1995.
	Enfants régulièrement exposés à la fumée du tabac au foyer - On ne dispose d'aucunes données sur ces proportions, mais 31 p. cent des Ontariens de 12 ans et plus ont dit vivre avec quelqu'un qui fume régulièrement à la maison (ENSP, 1996-1997). En comparaison, 33 p. cent des Canadiens de moins de 12 ans sont régulièrement exposés à la fumée du tabac chez eux.